

ТИББИЁТ
ИНСТИТУТЛАРИ
ТАЛАБАЛАРИ УЧУН



ЎҚУВ
АДАБИЁТИ

О. С. МАҲМУДОВ

БОЛАЛАРНИНГ ЮКУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

О. С. МАХМУДОВ

Тақризчилар:

II Тошкент тиббиёт институти юқумли касалликлар кафедрасининг мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор **Ш. Н. НАЗАРОВ**

Тошкент тиббиёт педиатрия институти II болалар юқумли касалликлар кафедрасининг мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор **Д. Б. Муҳамедов**

Маҳмудов О. С.

А 37. Болаларнинг юқумли касалликлари: Тиббиёт институтлари талабалари учун дарслик.— Т.: Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашриёти, 1995.— 223 б.— (Тиббиёт институтлари талабалари учун ўқув адабиёти).

Дарслик тиббиёт институтларининг юқори курсларида таълим олаётган талабаларга мўлжалланган ва ўқув дастурига мувофиқ тузилган.

Унда асосан болалар орасида энг кўп учрайдиган юқумли касалликларнинг нозологик турлари берилган, шунингдек болаларнинг ёшига қараб касалликларнинг кечиш хусусиятлари, уларга ташхис қўйиш усуллари, кўпгина хасталикларни даволашда замонавий усулларни қўллаш йўллари батафсил ёритилган.

57.33я73

М 4108170000—032 —95
М 354 (04) 95

© Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашриёти, 1995.

ISBN 5-638-01079-3

СУЗ БОШИ

Кейинги йилларда республикамызда содир бўлаётган ижтимоий, иқтисодий туб ўзгаришлар болалар ўртасида учрайдиган юқумли касалликларнинг бир мунча камайишига олиб келди. Шу билан бир қаторда бу касалликларни ўз вақтида аниқлаш, уларга тўғри ташхис қўйиш ҳамда касалликларга қарши профилактик чора-тадбирларни кўришда айрим камчиликларга йўл қўйилмоқда.

Болалар орасида бу касалликларнинг атипик (ноаниқ), субклиник шакллари учрамоқда.

Бу келтирилган далиллар юқумли касалликларнинг олдини олиш ва уларни ўз вақтида даволашни тақозо этади.

Кейинги йилларгача бу соҳага бағишланган адабиётлар асосан рус тилида чоп этилар эди, ҳозирги кунда эса тиббиёт олийгоҳларида талабаларни ўқитишнинг давлат тили — ўзбек тилига ўтиши ~~ўқув қўлланма~~лар, монографиялар, рисоаларни ўзбек тилида чоп этишни талаб қилади.

Бу асарларда бизда учрайдиган касалликлар кечинининг ўлка ва регионал хусусиятларини инобатга олган ҳолда бериш лозим. Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда, муаллиф кўплаб адабий, илмий манбаларни ва ўзларининг кўп йиллик тажриба билимларини жамлаб (шу касалликларга ташхис қўйиш, уларни даволаш, уларнинг олдини олиш борасидаги), жиддий қўлланма ёзишдек зарур меҳнатни ўз зиммасига олди.

Ушбу дарсликка болаларда кўп учрайдиган юқумли касалликларнинг нозоологик шакллари киритилган. Бу касалликларнинг болаларнинг ёшига қараб кечишидаги хусусиятлари келтирилган. Касалликларга эрта ташхис қўйишга, уларни даволашда замонавий усулларни қўллашга алоҳида аҳамият берилган.

Муаллиф дарсликда баъзи кўрсаткичларни келтиришни лозим кўрди, бу эса шифокорлар учун

кундалик иш жараёнларида маълумот учун фойдаланиш имконини беради. Ундан ташқари, болалар ўрта-сида учрайдиган юқумли касалликларнинг ташхиси ҳам жадвал тарзида берилган.

Ушбу дарслик ўзбек тилида биринчи бор чоп этилаяпти, шу туфайли муаллиф болаларнинг юқумли касалликлари тўғрисидаги барча муаммоларни ёритишнинг иложини тополмади. Айрим қисмлар касалликларнинг қисқа мазмунини шарҳлаш билан чегараланган, шунинг учун ҳам баъзи камчиликлар ва нуқсонларга йўл қўйилган.

Дарслик инфекционист шифокорлар, педиатрлар, эпидемиологлар, интернлар, соғлиқни сақлаш бўлимлари мутахассислари, тиббиёт институтларининг юқори курс талабаларига тавсия этилади.

АМЕБИАЗ (АМАЕБИАЗИС)

Ичакларнинг протозой касалликларига мансуб бўлган, бошқа аъзо системаларнинг зарарланиши билан кечадиган инфекцион касалликдир. Амёбиаз ёки «амёбали дизентерия» асосан иссиқ иқлимли тропик минтақаларда, шунингдек, ифлос жойларда кўпроқ тарқалади.

Этиологияси. Қўзғатувчиси — гистологик амёба. Гистологик амёбанинг диаметри 10—18 мкм бўлиб, паст ҳароратга чидамлидир. 55°C гача бўлган ҳароратда чидайдиганда ҳалок бўлади. Амёбанинг 3 асосий а) тўқимали (*forma magna*); б) оралиқ (*forma minite*); в) цистали (*forma cystica*) тури мавжуд.

Эпидемиологияси. Амёбиазга учраган бемор ёки дизентерия амёбалари ташувчиси — зарарланиш манбаидир. Одам ифлосланган сувни ичганда, озиқ-овқат маҳсулотларини ювмасдан истеъмол қилганда, шунингдек, ифлос қўллар орқали касалликка чалинади. Касаллик ёз-кузда кўпаяди.

Патогенези. Ичак шиллиқ қаватига тушган амёбалар бир мунча яллиғланиш билан кечадиган деструктив (яралар) ўзгаришларни келтириб чиқаради.

Қўндаланг-чамбар ва сигмасимон ичакларда, кўпроқ кўр ичакда яра ҳосил бўлади. Амёба қон оқими билан жигарга тушар экан, у ерда некротик жараёнлар (абсцесслар)ни келтириб чиқаради, баъзан эса амёбалар бошқа аъзо ва системаларга, аксарият ўпкага ҳам тушиши мумкин.

Клиникаси. Амёбиазнинг яширин даври 20 кундан 45 кунгача давом этади. Иситма бўлмаслиги, геморрагик колит симптомлари ва ахлатнинг малина желеси ҳолида бўлиши касалликка хос бўлган белгилардан ҳисобланади. Йўғон ичакда ректороманоскопия йўли билан аниқлаш мумкин бўлган чуқур яралар ҳосил бўлади. Қон текширилганда, кўпинча эозинофилия аниқланади. Ахлат микроскопда текширилиб кўрилганда, унда амёба ёки унинг цисталарини топса бўлади. Йў-

ғон ичак шиллиқ қаватининг кўчиб тушиши ва кейинчалик перитонит ривожланиши билан кечадиган ичак перфорацияси бу касаллиқнинг асоратларидир. Болаларда жигар зарарланганда унинг катталашганлиги (кўпинча унинг ўнг бўлаги пайпасланганда оғриқ, иситма кўтарилиши) кузатилади. Периферик қонда лейкоцитлар сони ошиб кетади, ЭЧТ тезлашади, ўртача ифодаланган камқонлик юзага келади. Жигар ультратовуш билан текширилганда, кўпчилик ҳолларда абсцесс ўлчамлари аниқланади. Жигарнинг амёба билан зарарланиши, инфекциянинг у ердан бошқа аъзоларга тарқалишининг энг жиддий аломатларидан бири ҳисобланади. Кўпинча амёбали инфекция симптомсиз кечади, паразитнинг ахлатда топилиши унинг битта-битта белгиси ҳисобланади.

Ташхиси. Лаборатория усулида эритроцитлар томонидан ютилган амёбалар катта вегетатив шаклининг аниқланиши ичаклар амёбиози ташхисининг тасдиғи бўлиб хизмат қилади. Бемор зардобдаги махсус антителоларни аниқлашга имкон берувчи билвосита иммунофлюоресценция реакцияси ёрдамида (ПГАР) гемагглютинация серологик реакциясидан (зардоб титри 1:80 ва ундан юқори) фойдаланилади. Ректороманоскопия ёрдамчи усул бўлиб ҳисобланади. Шигеллэзлар, носпецифик ярали колит, балантидиаз, йўғон ичак ўсмаси билан дифференциал ташхис қўйилади.

Давоси. Махсус комплекс даво — эметин, дегидроэметин, ятрен, хингамин, метронидазол, тетрациклин, мономицин билан биргаликда фақат касалхона шароитларидагина олиб борилади. Эметин 6 ёшга тўлмаган болаларга буюрилмайди. Бундай болаларга метронидазол, ичиш учун 10 кун давомида 50 мг/кг дан тинидазол тайинланади. Беморларга дезинтоксикацион, қувватга киритувчи даво қилинади. Жигар абсцесси юз берган ҳолларда жарроҳлик давоси қўлланади. Бемор бутун даволаниш давомида касалхонада бўлади. У билан контактда бўлган кишилар бактериологик текширувдан ўтказилади, касаллик қўзғатувчилари топилгудек бўлса, ятрен билан санация қилинади.

ҚУТУРИШ (LYSSA, RABIES)

Марказий нерв системаси (МНС) нинг юқумли касаллиги бўлиб, қутурган ҳайвонлар тишлаб олганда юқади.

Этиологияси ва патогенези. Қутуриш ёки сувдан қўрқиб касаллигини махсус филтрланувчи вирус келтириб чиқаради. Унга одам ва барча иссиқ қонли ҳайвонлар берилувчан бўлади. Касаллик қўзғатувчиси рабдо вирусига мансубдир. Қутуриш вируси антиген, иммуноген ва гемагглютинациялаш хоссаларига эга бўлади. Вирус нерв системаси ҳужайраларида махсус киритмалар — Бабеш Негри таначаларининг ҳосил бўлиши билан кўпаяди. Бу киритмалар бир нечта вакуолалари бўлган турли шаклдаги тузилмалар ҳолида бўлади. Вирус қутурган ҳайвоннинг нерв тўқимасида ва сўлагига тўпланади. Пастер томонидан бошқа ҳайвонга интрацеребрал экма орқали ажратиб олинган ёввойи ёки табиий вирус фарқ қилинади. Вирус совуққа жуда чидамли бўлиб, қиздирилганда аксинча, жуда чидамсиз бўлиб, тезда патоген фаоллигини йўқотади. Амалда қўлланиладиган дезинфекцияловчи эритмалар (лизол, хлорамин) вирусни тезда зарарсизлантиради.

Юқорида айтилганидек, одамга касаллик қутурган ҳайвон тишлаганда ёки сўлагига текканда юқади. Натижада вирус тери ости ёғ қаватига ёки шиллиқ парда ичига тушади. Вирус нейротроп хусусиятга эга бўлгани учун периневрал ретикулоэндотелиал ҳужайраларга сўрилиб, марказий нерв системасига қараб ҳаракат қила бошлайди. У марказий нерв системасига етиб бўлганидан кейин бош мия ва периферик нервлар йўли бўйлаб ҳаракатланади. Вируслар марказий нерв системасида энг кўп миқдорда йиғилса, касаллик авж олади. Қутуриш вируси сўлак безларига нисбатан муайян тропизмга эга бўлиб, гоҳи инкубацион даврнинг охирида, клиник симптомлар ривожланишидан 7—8 кун олдин сўлак билан ажралади.

Эпидемиологияси. Қутуриш касаллиги иссиқ қонли ҳайвонлар орасида кенг тарқалган бўлиб, итлар, мушуклар, бўрилар, тулкилар ва чия бўрилар касаллик вирусининг асосий манбаи ҳисобланади. Касаллик барча ёшдаги одамларда, кўпроқ ёш болаларда қайд қилинади.

Клиникаси. Қутуришда инкубацион (яширин) давр ўрта ҳисобда 3—8 ҳафта давом этади. Бу давр болаларда, шунингдек катталарда ҳам (қутурган ҳайвон уларнинг боши, юзи ва бўйнини тишлаб олганда) нисбатан қисқа бўлади. Кўпчилик беморларда инкубацион давр клиник аломатларсиз кечади. Баъзан бу даврнинг охирида ҳарорат кўтарилади ва қонда ўзгариш-

лар (лейкопения) пайдо бўлади. Кейинчалик касалликнинг кечишида 3 давр: бошланғич (продромал), қўзғалиш ва фалажланиш давлари фарқ қилинади. Бошланғич давр 1—2 ёки 3—4 кун давом этади. Ҳарорат субфебрил рақамларгача кўтарилади. Тишланган жойда оғриқ пайдо бўлади, юза нафас чуқур нафас олиш билан алмашинади, кўнгил айниydi, бемор қайт қилади, қувватдан кетади, боши оғрийди ва асаби бузилади, қўрқув ҳисси пайдо бўлади.

Қўзғалиш даври беморнинг бестоқатланиши, сув ичишга уринганда мушакларининг тортишишуви, умумий психомотор қўзғалиш хуружлари пайдо бўлиши билан кечади (мушаклар топуси ошиб, аэрофобия кузатилади). Эшитиш ва ҳидлаш галлюцинациялари пайдо бўлиб, бемор кўз қорачиғлари кескин кенгайиб, томир уриши тезлашади. Зўр бериб сўлак ажралиши, кўп терлаш қайд этилади. Организм сувсизланади. Баъзан кўз ва тилни ҳаракатлантирувчи мушаклар фалажи кузатилади. Кучли қўзғалиш даври тинчланиш даври билан алмашилиб туради, бунда беморнинг эсҳуши жойида бўлади. Қўзғалиш даври 1—4 кун давом этади. Беморларнинг аксарияти бу даврда апоплексиядан, талваса тутишидан ёки асфиксиядан ўлади.

Фалажланиш даври 2—18 соат давом этади. Бунда талваса аста-секин камайиб боради, сувдан қўрқиш йўқолади, бемор қимирламай қолади ва тез орада зўрайиб борувчи фалаждан ўлади. Касаллик 4—8 кун давом этади. Болаларда касаллик жуда оғир ва клиник симптомлар ниҳоятда кучли бўлиб, тезда ўлим билан тугайди. Кўпинча қутуришга қарши қилинган эмлашлар қор қилмайди ва касаллик даволаш тугагандан сўнг, узоқ вақтдан кейин ривожланади.

Ташхиси. Қутуришга ташхис қўйишда лаборатория усуллари билан текшириш комплекси катта аҳамиятга эга: мия суюқлигидан олинган суртмалар ва гистологик препаратларни микроскоп орқали текшириш (Негри таначаларини топиш) ва ҳайвонларда биологик синама ўтказиш усуллари шулар жумласидандир.

Шунингдек, қонда ва орқа мия суюқлигида вирусни нейтралловчи антителолар ҳам аниқланади.

Дифференциал ташхиси. Энцефалит билан бирга давом этадиган барча касалликлар билан дифференциал ташхис қўйилади. Қутуришнинг паралитик турини Гийон — Барре синдроми, полиомиелит ёки талвасадан, энцефалит, қоқшол, турли дорилар (атропин) дан заҳарланишдан ажрата билиш зарур. Пухта ўтказил-

гап неврологик текширув ва орқа мия суюқлигини анализ қилиш тўғри ташхис қўйишга анча ёрдам беради. Қутуришда прогноз нохуш бўлади.

Давоси. Касаллик бошланганда фақат симптоматик даво қилинади, у психомотор қўзғалишларни камайтириш ёки тамомила бартараф этишга, шунингдек, сувсизланишга қарши курашдан иборат. Бемор ёруғлик тушмайдиган алоҳида хонага ётқизилади ва ҳар хил уйқу дорилар буюрилади. Сувсизланишга қарши курашиш мақсадида физиологик эритма венага ёки ичакка ҳуқна ёрдамида юборилади.

Профилактикаси. Қутуришга қарши курашиш икки йўналишда олиб борилади.

1. Инфекция манбаини бартараф этиш йўли билан касалликнинг олдини олиш, карантин тадбирларини амалга ошириш, шунингдек эпизоотик кўрсатмалар бўлганда итларни эмлаш.

2. Қутурган ҳайвонлар тишлаган ёки сўлаги теккан одамларни касалликдан сақлаб қолиш мақсадида қутуришга қарши иложи борица эртaroқ эмлаш керак. Фаол иммунитет пайдо қилиш учун Пастер вакцинаси, кучсиз иммунитет ҳосил қилиш учун эса (0,25—0,5 мл/кг дан) иммуноглобулин юборилади.

Қутурган ёки қутуришга гумон қилинган ҳайвон қачон тишлаганидан қатъи назар, қутуриш белгилари аниқланмаса ҳам, барча одамларни эмлашга кўрсатмалар бўлади. Вакцина тери остига, қорин олд деворига юборилади. Даволаш муддати 14 кундан 20—30 кунгача давом этади. Вакцина ва даволаш курси давомлилиги беморнинг ёшига, ҳайвон тишлагандан кейин қачон шифокорга мурожаат қилганлигига, тишланган ернинг жойига ва унинг оғир-енгиллигига боғлиқ. Болаларга 0,5 дан 8 мл гача вакцина юборилади. Вакцина қутуриш касаллиги ривожлана бошланганда ижобий таъсир кўрсатмайди.

БРИЛЛ КАСАЛЛИГИ (BRILLUS MORBUS)

Қайталанадиган тошмали терлама бўлиб, ўткир циклик юқумли касаллик ҳисобланади ва кўп йиллар ўтгандан сўнг намоён бўлади. У битлаш, вақти-вақтида қўзиш, инфекция ва ўчоқлик манбаи бўлмаслиги, эпидемик тошмали терламага қараганда бир қадар енгил ўтиши, лекин типик клиник симптомокомплекси билан гаърифланади.

Этиологияси. Касаллик қўзғатувчиси — Провацек риккетсиясидир.

Эпидемиологияси. Бунда касалликнинг спорадикилиги ва асосан катта ёшдаги кишиларнинг касалланиши ҳамда беморлар анамнезида тошмали терламанинг бошидан кечирганлиги характерлидир. Бемор битлаганда инфекция манбаи бўлиши эҳтимол.

Патогенези. Бирламчи тошмали терламани бошдан кечирганда Провацек риккетсиялари реконвалесцент организмда узоқ муддат мобайнида ҳеч қандай клиник белгиларсиз сақланиб туради. Иммуногенезни сусайтирувчи турли хил омиллар (шамоллаш, бошдан кечирилган грипп, зотилжам ва бошқа касалликлар) таъсири остида тошмали терлама қайталанadi. Касаллик патогенези тошмали тифнинг патогенези билан бир хилдир.

Клиникаси. Касаллик кўпгина ҳолларда эпидемик тошмали терламанинг енгил турига ўхшаш бўлади. Касаллик ўткир эт увишиши ва жунжиши билан бошланиб, тана ҳарорати кўпроқ 2—3- кун, гоҳи 1-куннинг охирида жуда баланд бўлади. Иситма 8—11 кун, баъзан 4—6 кун давом этади. Анча ифодаланган умумий заҳарланиш белгилари: бош оғриши, терининг қизариши, уйқусизлик, мушак оғриши, руҳан қўзғалиш, баъзан менингеал симптомлар кузатилади.

Касалликнинг 5—7- кундан бошлаб тошма пайдо бўлади. Кўпчилик беморларда бу жуда кўп бўлиб, петехиал (майда қон қуйилган нуқталардан иборат) бўлади. Беморларнинг учдан бир қисмида гоҳи унча кўп бўлмаган фақат розеолалар қайд қилинади. Энантема кам ҳолларда учрайди. Юрак томир системасининг зарарланиши унча кучли бўлмаган тахикардия, гипотония, атриовентрикуляр ўтказувчанликнинг секинлашуви ва ЭКГ да тишчаларнинг бир оз пасайиши билан намоён бўлади. Беморларнинг учдан икки қисмида жигар ва талоқнинг катталашуви аниқланади. Касаллик камдан-кам ҳолларда асорат (асосан ўчоқли зотилжам) қолдиради. Баъзан кейинчалик ўпка артериялари тромбоэмболиясига сабаб бўладиган веналар тромбози ривожланиши эҳтимол.

Ташхиси ва давоси. Тошмали терламанинг оқибати яхши.

Олдини олиш. Ишлаб чиқилмаган.

Касаллик ўчоғида олиб бориладиган чора-тадбирлар тошмали терламада бўлгани сингари.

БОТУЛИЗМ (BOTULISMUS)

Токсинлар билан зарарланган, бузилиб қолган, айниқса консерва кўринишидаги озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қилиш натижасида келиб чиқадиган оғир овқат токсикoinфекциясидир. Клиник жиҳатдан ботулизм асосан марказий ва вегетатив нерв системалари зарарланиши билан ифодаланадиган оғир заҳарланиш билан таърифланади.

Этиологияси. Ботулизм қўзғатувчиси *Cl. botulinum* оиласига мансуб бўлган анаэробдир. У ҳаракатчан, иссиқликка чидамли, споралар ҳосил қиладиган, терминал ҳолда жойлашган, теннис ракеткасига ўхшаган йўғон таёқчадир.

У гўшт, балиқ ва ўсимлик маҳсулотларида (қон қўшилган агар, озгина жигар ёки гўшт қўшилган гўшт-пептонли бульонларда) ҳаво бўлмаса ҳам ўсаверади.

Ботулизм бактериялари А, В, С, D, Е, Г, Q турларига бўлинади. Республикада асосан А, В, Е турлари учраб туради. Микробнинг вегетатив шакллари 80°C ҳароратда 15—30 минут давомида ҳалок бўлади. Унинг споралари чидамли бўлиб, қуритилган ҳолатда ўн йиллаб тирик қолади. 5 соат мобайнида қайнатилган ҳатто 180°C ҳароратда ҳам ҳалок бўлмайди.

Ўзидан барча бактерия токсинлари ва кимёвий моддалар ичида энг заҳарли бўлган (0,000001 мл суюлтирилган токсин денгиз чўчқачасини ўлдиради) экзотоксин моддасини ишлаб чиқаради.

Унинг одамни ўлдирадиган миқдори 0,3 мкг дир. Айниқса А туридаги токсин кучли ҳисобланади. Ботулизм қўзғатувчиси ҳисобланган токсин физикавий ва кимёвий омиллар таъсирига нисбатан анча чидамли. Консерваларда токсинлар қуёш нури ва ҳаво таъсиридан парчаланмайди, улар қоронғи ва совуқ жойларда 6—8 ой мобайнида оз-моз кучсизланади.

Эпидемиологияси. Ботулизм деярли дунёнинг ҳамма мамлакатларида учрайди. Ботулизм қўзғатувчиси сапрофит кўринишида одам, уй ҳайвонлари ва ёввойи ҳайвонлар, қушлар, қисқичбақалар, балиқлар организида яшайди. Тупроққа тушганда спора ҳолида узоқ вақт сақланиши, лекин муайян шароитда (ҳарорат, намлик бўлганда) ўсиши ва кўпайиши мумкин.

Спораларнинг озиқ-овқат (гўшт, балиқ, ўсимлик) маҳсулотларига, терининг ярали юза жойларига тушиши, ҳали хавф туғдирмайди, чунки спораларда заҳар бўлмайди. Айни пайтда улар ўсиб, анаэроб шароитла-

рида микробларнинг вегетатив шакллари ҳисобланган токсин маҳсулотларида пайдо бўлади.

Ҳозирги пайтда гўшт маҳсулотларидан касалланиш камдан-кам учрайди. Бу касаллик билан асосан саб-завот маҳсулотларидан тайёрланган консервалар, ай-ниқса уйда тайёрланган консервалардан касалланиш мумкин.

Касаллик кўпроқ консерваланган қўзиқорин, бод-ринг, помидор ва бақлажонлар истеъмол қилинганда юқади.

Ботулизм учун мавсумийлик хос бўлиб, касаллик кўпроқ қиш, баҳор ойларига ва ёзнинг бошларига тўғ-ри келади.

Мазкур хасталикнинг бир-бирига боғлиқ бўлмаган учта тури: чақалоқларда учрайдиган, озиқ-овқатдан ва яра орқали юқадиган турлари мавжуд.

Ботулизмнинг 99 фоизи озиқ-овқат маҳсулотларида бўладиган токсинлар туфайли келиб чиқади. Жароҳат туфайли юзага келадиган ботулизмдаги токсин микро-организм орқали, чақалоқларда учрайдиган ботулизм-даги токсин эса меъда-ичак орқали ишланиб чиқади.

Патогенези. Касаллик клиник симптомларининг ри-вожланишида 3 та омил: токсинли, инфекцияли ва ор-ганизмнинг заҳарга нисбатан индивидуал сезгирлиги аҳамиятлидир. Овқат ҳазм қилиш йўли инфекциянинг кириш дарвозаси ҳисобланади.

Ботулизм патогенезида токсинли омил муҳим аҳа-мият касб этади. Бузилиб қолган овқат истеъмол қи-линганда организмга асосан споралар кўринишидаги ботулизм токсинлари ва бактериялари тушади. Споралар овқат ҳазм қилиш йўли орқали ички органларга киради. Организм овқат ҳазм қилиш йўли ва тўқима-лар орқали у ерга токсин тушиши сабабли ҳам заҳар-ланади. Токсин меъда-ичак йўлига тушар экан, ҳара-катлантирувчи нерв толалари охириларига танлаб таъ-сир кўрсатади. Ацетилхолин ҳосил бўлишига тўсқинлик қилади ва ичакларнинг паралитик ҳолатини келтириб чиқаради. Токсин овқат ҳазм қилиш йўлидан қон то-мирларига нисбатан тез сўрилиб уларнинг торайишига сабаб бўлади. Тери рангпарлиги, бош айланиши, арте-риал босимнинг ошиши, оғиз қуриши кабилар касал-ликнинг эрта симптомлари ҳисобланади.

Капилляр эндотелийлар ва прекапиллярлар шикаст-ланганда уларнинг бутунлиги бузилади, ўтказувчанли-ги ошади. Натижада токсинлар органларга тушади ва бу ерда токсин турли системалар ҳужайраларини, асо-

сан нерв системасини зарарлантиради. Бош миянинг ўзакли қисми ҳужайралари, асосан унинг ганглиоз ҳужайралари, шунингдек, бульбар қисми марказлари айниқса кучли шикастланади. Бульбопонтин ва миостеник синдроми бўлган ўзига хос полиэнцефалит (кўришнинг хиралашуви, нафас фаолиятининг издан чиқиши) бош мия ўзакли қисми зарарланганлигининг клиник аломати бўлиб ҳисобланади. Бунда скелет мушаклари ва диафрагманинг ҳаракатлантирувчи нерв охирилари ҳам зарарланади. Мия ва мия пардалари, ўпка, жигар, меъда-ичак йўли қонга тўлиб кетади. Кўпроқ мия қон томирларида тромбозлар, томирлар эндотелийсининг дегенератив некротик ўзгаришлари кузатилади. Ганглиоз ҳужайралар кўпроқ шикастланади.

Клиникаси. Ботулизмнинг клиник манзараси жуда специфик бўлиб, қуйидаги асосий синдромлар: паралитик, гастроинтестинал ва умумий заҳарланишдан иборат бўлади.

Ботулизмда ҳамма орган ва системалар зарарланади, лекин уларнинг симптомлари бульбар бузилишлар юзага келишидан сезилмай қолади.

Ботулизмнинг инкубацион даври 2—4 соатдан 10—14 кунгача, кўпинча 6—24 соат давом этади.

Қасаллик кўпгина ҳолларда ўткир, ботулизмга хос бўлмаган белгилар: умумий ҳолсизлик, бош оғриши, бош айланиши, безовталаниш, уйқунинг бузилиши, қатор беморларда меъданинг ачишиши, кўнгил айнаши, 2—4 марта қайт қилиш ва ич кетиши билан бошланади. Ботулизмда ич кетиши ва қайт қилиш узоқ давом этмайди (6—24 соат) ва неврологик белгилар пайдо бўлиши билан ич кетиши қабзият билан алмашади.

Тана ҳарорати асоратлар рўй берганда (стоматит, зотилжам ва бошқалар) кўтарилади.

Қасаллик симптомлари жуда тез зўрайиб боради. Қасаллик бошлангандан бир неча соатдан кейин ёки биринчи куннинг охирига бориб, оғир ҳолларда бошланишдаёқ қасалликка хос белгилар: сўлак безлари, бурун-ютқин ва юз мушаклари фаолиятини бошқарувчи бульбар нерв марказлари фаолиятининг бузилиши каби белгилар пайдо бўлади.

Кўз олдида тўр пайдо бўлиши ёки кўзнинг хираланиши, жисмларнинг ноаниқ кўриниши, кўз олдида қора доғларнинг пайдо бўлиши, нарсаларнинг иккита бўлиб кўриниши (диплопия), ўқиганда ҳарфларнинг қўши-

либ кетиши каби белгилар беморнинг дастлабки шикоятларидан ҳисобланади.

Бемор қовоқларининг осилиб тушиши (птоз), қорачиқларнинг кенгайиши (мидриаз), уларнинг ҳаракатсизлиги, ҳар хил катталикда бўлиши (анизокория), ёруғликка аккомодациясининг бузилиши, горизонталнистагм, ғилайлик (стробизм) аниқланади.

Ютиш актининг бузилиши, кўзнинг хиралашганлиги кабилар илк белгилардан бири ҳисобланади. Кўпинча қаттиқ, қуруқ ва суюқ овқатни ютиш (томоқда спазм туфайли) қийинлашади, кўпинча суюқ овқат қисман трахеяга тушиб, беморлар қалқиб кетадилар, қисман эса овқат бурундан қайтади.

Беморлар оғиз қуришидан ва кўп чанқашдан шикоят қиладилар. Оғиз бўшлиғи кўздан кечирилганда оғиз ва ютқин шиллиқ қавати қизаргани, тилнинг қараш бойлагани, юмшоқ танглайнинг ҳаракатсизлиги, ютқин ва танглай рефлекси сусайгани ёки бўлмаслиги кузатилади. Дисфазия билан бирга бирга беморларнинг товуши ҳам ўзгаради, у пасайиб, хириллаб, сўзлар (ҳатто афониягача) тушунарсиз чиқади.

Юмшоқ танглай зарарланганда товуш ёқимсиз, тил ва томоқ мушаклари парезида беморларнинг гапи тушунарсиз бўлиб қолади.

Қасалликнинг бошланғич даврида беморнинг мушаклари кучсизланиб қолади, у тез чарчайди, тўғри юра олмайди, боши оғиб кетаверади. Оёқлари худди ўзиники эмасдек туюлади, гандираклаб юради, қўллари худди жонсиздек осилиб туради, бирор нарсани ушлаб тура олмайди. Симптомлар эс-ҳуш жойида бўла туриб ривожланади. Сезувчанликнинг бузилиши кузатилмади. Бемор кўздан кечирилганда мушаклари бўшашган, худди хамирга ўхшаб қолгандек бўлиб қолади. Қасалликнинг охириги даврида кўпроқ нафас функцияси бузилади, бу диафрагма ва бошқа нафас мушаклари парези билан боғланган бўлади. Беморлар қийналиб, тез-тез, юза нафас оладилар. Улар кўкракда оғриқ туришидан, ҳаво етишмаслигидан шикоят қилишади, ўринда алаҳсирашади. Кислород етишмаслиги, цианоз ривожланиб, нафас бузилишининг зўрайиб бориши ўлимнинг асосий сабабидир.

Қатор беморларда аспирацион зотилжам ривожланади. Юрак чегараларининг кенгайиши, юрак уришининг паст эшитилиши, брадикардияга мойиллик, қон босимининг нормада бўлиши, ЭКГ да токсик миокардит белгилари аниқланади. Жигар ва талоқ каттала-

шади, диурез камаяди, сийдик ажралиши тўхтаб қолади. Сийдикда альбуминурия, цилиндроурия ва буйрак эпителийси ҳужайралари кузатилади. Қонда айтадиган ўзгаришлар бўлмайди, лейкоцитоз бир оз чапга сурилганлиги, нейтрофилёз ва ЭЧТ тезлашганлиги аниқланади.

Бемор аста-секин тузалиб боради. Енгил турида 2—3 ҳафтадан кейин, оғир турида 2—3 ойдан кейин соғаяди.

Асоратлари. Аспирацион зотилжам, инфекцион миокардит, йирингли паротит, миозитлар, невритлар, стоматитлар.

Қасалликнинг яширин, енгил, ўртача оғир ва оғир турлари фарқ қилинади.

Яширин турида дисфония туфайли кўз хиралашади, лекин бу ҳол узоқ давом этмайди, зўраймайди, тезда йўқолиб кетади.

Кўкрак ёшидаги болаларда ботулизм. Қасаллик ич қотиши билан бирга парезлар ва фалажлар рўй бериши билан таърифланади, булар мия-чаноқ нерв толалари орқали бошқарилиб бутун танага, шунингдек, нафас мушакларига ҳам тарқалади. Қасал бола бошини тутиб тура олмайди, бўғиқ овоз билан йиғлайди, яхши эма олмайди.

Гуруҳий касалликлар кузатилмайди. -

Қасаллик қўзғатувчиси ёки токсин касалларнинг ахлатидан ажралиб чиққани ҳолда, қон зардобда токсин излари бўлмайди.

Ярали ботулизм камдан-кам учрайди, яра соҳасида қўзғатувчининг вегетатив формалар томонидан токсин ишлаб чиқариши натижасида пайдо бўлади.

Ярали ботулизмнинг клиник манзараси касаликнинг классик кечиши каби бўлса-да, лекин касалликнинг биринчи кунидан ҳарорат кўтарилиши қайд қилинади, меъда-ичак йўли бузилиши (қайт қилиш, ич кетиши) симптомлари кузатилмайди.

Асоратлари. Зотилжам, сепсис, токсик миокардит, миозит, невритлар, зардоб касаллиги.

Ташхиси. Ботулизмни одатдаги неврологик симптомлар (юз, бурун-ютқин, бўйин, қизилўнгач мушакларини иннервациялайдиган кўриш органлари, бульбар марказ бузилишлари) орқали эпидемиологик анамнез маълумотлари ёрдамида (консерванган маҳсулотлар овқатга ишлатилганда) аниқлаш қийин эмас.

Гуруҳий касалликларда ботулизмга ташхис қўйиш бир мунча енгил бўлади.

Дифференциал ташхиси. Ботулизмнинг клиник манзараси бошқа касалликларнинг клиник манзарасидан яққол ажралиб туришига қарамасдан, айрим белгилари бошқа касалликларда ҳам учраб туриши мумкин.

Ботулизмни овқатдан заҳарланиш, полиомиелит, Гийен — Барре синдроми, бўғма, энцефалит билан қиёсий ташхислашга тўғри келади.

Касалликнинг эт увишиши ва ҳароратнинг юқори бўлиши, кўнгил айланиши, қайт қилиш, тез-тез сийиш билан ўткир бошланиши сальмонеллез учун хосдир. Бунда тез-тез ич кетади, ахлат суюқ ва бадбўй ҳидли бўлади. Бемор талвасага тушиши туфайли ҳушдан кетиши мумкин.

Ботулизмдан фарқли ўлароқ, бунда кўриш, ютиш акти бузилиши ва овознинг хириллаб қолиши аниқланмайди.

Стафилококк келтириб чиқарадиган озиқ-овқат токсикоинфекциялари кўпроқ сифатсиз овқат ва сут маҳсулотлари истеъмол қилганда юзага чиқади. Бу касалликда заҳарланиш тахикардия туфайли қон босими камайиб кетиши билан таърифланади, касаллик оғир кечганда бемор талвасага тушади ва бунда коллапс ривожланиши эҳтимол.

Бўғмада, одатда юқори танглайнинг ўнг томони фалажланади, касалликнинг охирига бориб кўз хиралашиб қолади. Ботулизмда эса булар касалликнинг бошланишида намоён бўлади. Шунингдек, бу касалликда бўйинда шиш, юмшоқ танглайда эса дифтерик қарашлар пайдо бўлади. Бўғмада кузатилган асабий бузилишлар бўйин шиши йўқолгандан кейин юзага келади.

Фалажлар миокардит ривожланганда аниқланади.

Гийен — Барре синдромида фалажланишнинг локалланиши (кўчиб юриши), мушак гуруҳларининг фалажланиши ботулизмни эслатиши мумкин. Лекин бунда мушаклар фалажланиши кучайиб, сенсор нуқсонлар кўпайиб боради, мушаклар номутаносиб равишда кучсизланади, мия-чаноқ нервларининг зарарланганлиги, кейинчалик фалажлар энг кучайган пайтда билинади. Ботулизмдан фарқли равишда Гийен — Барре синдромида орқа мия суюқлигида оқсил миқдори анча ошиб кетади.

Полиомиелитнинг бульбар шаклида худди ботулизмнинг бошланғич давридагидек, мия-чаноқ нервлари зарарланади. Бу касалликда кўплаб сўлак ва шиллиқ моддалар ажралиб чиқади, мушаклар ва бў-

ғимларда эрта ривожланадиган мускуллар гипотрофияси ва мушакларнинг махсус электромиографик кўрсаткичлари билан кечадиган фалажлар ботулизмдан фарқ қилади.

Миастениянинг оғир тури секин ривожланиб боради ва ҳаракат қилганда мускулларнинг бўшашиши кузатилади.

Энцефалитлар аста-секин продромал давридан бошланади. Иситманинг баланд бўлиши, тўсатдан бошланадиган бош оғриғи, уйқучанлик бу касалликка хос белгилардир. Касаллик гиперкинезия, сезиш бузилишлари, гиперестезия билан бирга кечади.

Бемор ҳушидан кетиши, алаҳсираши мумкин.

Мингдемона ўсимлигидан заҳарланганда беҳоллик, уйқу босиши, гоҳо қайт қилиш, юз ва гавда териси гиперемияси (баъзан скарлатинадагидек тошмалар тошади), руҳият бузилиши қайд қилинади. Беморлар бесаранжом бўлиб қолишади, ўз ҳаракатларини бошқара олмай қоладилар, алаҳсирайдилар. Камдан-кам ҳолларда тоник-клоник талваса тутади.

Лаборатория усулида ташхис қўйиш. Ботулизмга тўлиқ ташхис қўйиш учун бактериологик текширишлар талаб қилинади. Лабораторияда текширишдан мақсад, токсин ва унинг серологик хилини аниқлашдан иборат.

Бунинг учун бемордан олинган қон, ахлат, қусуқ, моддалари ёки беморнинг меъдаси ювилган сув, сийдик ва шубҳа қилинган озиқ-овқат маҳсулотлари текширилади. Улим юз берган ҳолларда патологик анатомия йўли билан олинган материалдан фойдаланилади.

Ботулизмга шубҳа қилинганда, текшириш учун материал беморга ботулизмга қарши зардоб юборишдан олдин олинади. Материал бирон нарсага яхшилаб ўралади, устига аниқ қилиб ёзувлар ёзилиб лабораторияга жўнатилади.

Токсин мавжудлигини аниқлаш учун биологик сиёнама ва уни сичқонларда нейтраллаш реакциясидан фойдаланилади.

Давоси. Ботулизмнинг асосий даволаш усули ботулизмга қарши антитоксик зардоб юборишдир. Зардоб касаллик бошланган заҳоти юборилиши керак. Бунинг учун А, В, Е турдаги поливалент зардоблардан ёки шу зардобларнинг моновалент аралашмаларидан фойдаланилади. А, В зардобларининг ҳар бир тури 10000

ТБ дан ва Е турдаги зардобдан 5000 ТБ дан юбори-

лади. Поливалент зардобларнинг умумий миқдори 25000 ТБ ни ташкил қилади.

Ботулизм енгил кечганда зардоб бир марта юборилади. Ўртача оғирликдаги беморларга 3—4 кун давомида мушак орасига 1—2 доза зардоб юборилади. Ботулизм оғир кечган ҳолларда биринчи кунлари суткасига 4 мл миқдорда зардоб буюрилади, унинг ярми 5% ли глюкоза ва натрий хлориднинг изотоник эритмаси билан томчилаб венага, қолгани мушаклар орасига юборилади. Керак бўлган тақдирда зардоб 3—4 кун давомида юборилиб турилади. Ботулизмга қарши зардоб асосан Безредка усулида юборилади.

Қўзғатувчининг тури аниқлангандан сўнг моновалент зардоб юборилади. Зардобни юбораётганда зардоб касаллиги ривожланиши мумкин эканлигини эсда тутиш зарур. Беморда аллергик реакциялар ривожланганда димедрол, промедол, эфедрин, преднизолон тайинланади.

Меъда-ичак йўлларини бузилган овқат маҳсулотларидан, касаллик қўзғатувчилари ва токсинлардан ҳоли этиш учун меъдани ювиш, кейин эса бемор активланган кўмир, ични юмшатувчи ҳабдори қабул қилиши ва унга ҳуқна қилиш лозим.

Касаллик вегетатив шаклининг олдини олиш учун антибиотиклар тайинланади. Ботулизмда энг яхши наф берадиган антибиотиклардан бири левомецетиндир.

Касалликнинг оғир турларида катта ёшдаги болаларга бир кеча кундузда 2,0—2,3 литр кристаллоидлар ва 300 мл гача коллоидлар берилади.

Бундай катта миқдордаги суюқлик бемор организмга лазикс ёрдамида диурез яхшиланиб турган ҳолда юборилади.

Беморларга кўп-кўп витамин тайинланади (венага аскорбинат кислота юборилади. В гуруҳ витаминлари буюрилади), шунингдек, юрак-томир воситалари ҳисобланган стрихнин, прозерин, дибазол бериш керак.

Касаллик оғир кечганда глюкокортикостероидлар тайинланади.

Беморнинг нафас олиши бузилган тақдирда сунъий нафас олдиришга ўтилади. Сўнгги йилларда терапевтик чора-тадбирлар комплексига гипербарик оксигенация киритилган.

Асоратлар авж олганда антибактериал даво тайин қилинади.

Касалликнинг олдини олиш. Озиқ-овқат маҳсулотларини ташишда ва сақлашда санитария-гигиена қоидаларига риоя қилиш зарур. Консерва ишлаб чиқариш саноатида санитария назорати алоҳида аҳамият касб этади.

Консерваларнинг усти кўтарилиб қолганлиги уларни йўқотишга асос бўлиб хизмат қилади. Махсус профилактика аҳолини 3 маротаба (биринчи билан иккинчисининг орасидаги муддат 1,5 ой, иккинчиси билан учинчисининг орасидаги муддат 3 ой) А, В, Е, С турдаги полианатоксин билан эмлашдан иборат.

Зарарланган озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қилган болаларга шошилиш чоралар кўрилади (мушак ичига 5000 ТБ гача миқдорда ботулизмга қарши зардоб юборилади). Касал болалар 10—12 кун давомида кузатиб турилади.

БРУЦЕЛЛЁЗ (BRUCELLOSIS)

Ретикулоэндотелиал, асаб, юрак-томир системалари, таянч-ҳаракат аппарати ва бошқа аъзо ҳамда системаларнинг зарарланиши билан давом этади, шунингдек, ўткир ва сурункасига ўтади.

Этиологияси. Бу касалликнинг қўзғатувчиси одам ва ҳайвонларда учрайдиган бруцеллалар деб аталадиган патоген микроблар бўлиб, улар 3 турга бўлинади.

Бруцеллалар шарсимон (чўзинчоқ) ёки таёқчасимон шаклда бўлади. Микроблар ҳаракатсиз, спораларни эмас, балки капсулаларни ҳосил қилиши мумкин.

Бруцеллалар паст ҳароратга чидамли бўлиб, қайнатилганда дарҳол ҳалок бўлади. Улар дезинфекцияловчи эритмалардан ҳам тезда нобуд бўлади. Бруцеллалар жуда кам юқумлидир.

Турли хилдаги бруцеллалар юқумлилиги ва патогенлиги жиҳатидан одамга турлича таъсир кўрсатади. Улар одамга жуда тез юқади ва патогенли бўлади.

Эпидемиологияси. Бруцеллёз одамларга ҳайвонлардан юқадиган типик зооноз инфекциядир. Одамларнинг бруцеллёздан касалланиши қишлоқ хўжалик ҳайвонлари (асосан майда ва йирик шохли ҳайвонлар) орасида (эпизоотия) бруцеллёз тарқалиши туфайли кузатилади. Бруцеллёз тарқалишида ёввойи ҳайвонлар кам аҳамият касб этади. Одамларга бу касаллик зарарланган ҳайвонларнинг чиқиндилари, сути ва гўшти орқали юқиши мумкин. Шунингдек, бруцеллёз касал ҳайвон-

ларнинг чиқиндиларидан ифлосланган жуни, териси орқали ҳам юқиши мумкин.

Одамга инфекция овқат орқали (алиментар йўл билан), бевосита контактда бўлганда ва ҳаво орқали юқади, касаллик айниқса, қиш-баҳор фаслларида кўпаяди. Бруцеллёз асосан ўрта ёшдаги одамларда кузатилади. Эмизикли болаларга бу касаллик она сути орқали ва она қорнида ҳам юқиши мумкин.

Патогенези. Бруцеллёз патогенези жуда хилма-хилдир. Бруцеллалар меъда-ичак йўли, оғиз, тери ва шилиқ парда қопламлари орқали организмга тушар экан, лимфа ва қон оқими бўйлаб тарқалиб, регионар лимфа тугунларида чўқади ва бирламчи бруцеллёз комплексини ҳосил қилади.

Регионар лимфа тугунларида бруцеллалар-жадаллик билан кўпаяди ва гематоген йўл билан бирламчи генерализация (инфекцияларнинг йиғилиши) ни келтириб чиқариб, бутун организмга тарқалади. Кейинчалик бруцеллалар лимфа ва қон томир тизимларига ўтиб, у ерда касаллик зўрайганда яна кўпаяди. Бруцеллёзнинг патогенезида аллергияк омиллар ҳам аҳамиятлидир.

Бруцеллёз юққанда бруцеллёз антигенига нисбатан организмнинг ўта сезгирлиги ривожланиб боради. Бу жараённинг бориши организмда бруцеллаларнинг кўпайишига боғлиқ. Бемор организми агглютинлар, бактериолизинлар, опсонинлар, преципитинлар ва комплемент боғловчи антителолар ишлаб чиқариб, бруцеллёз инфекциясига қаршилиқ кўрсатади. Инфекция организмнинг касалликка қарши тура олиши туфайли худди ҳайвонлардаги каби одамда ҳам ўз-ўзидан йўқ бўлиб кетиши, яъни организм ўзини-ўзи даволаши ҳоллари ҳам учрайди. Организм ўзини-ўзи даволашининг муддати касалликнинг фаоллигига қараб бир неча ойдан бир йилгача чўзилиши мумкин.

Клиникаси. Бруцеллёзнинг яширин даври бир ҳафтадан уч ҳафтагача давом этади. Касаллик ҳар хил бошланади. Ҳарорат $38-40^{\circ}$ гача кўтарилиб, беморни титроқ босади, боши оғрийди, умумий беҳоллик сезади, бўғимларда, мушакларда, суякларда оғриқ пайдо бўлади. Лекин касаллик кўпинча аста-секин ривожланади, ҳарорат аста ошиб боради, фақат касалликнинг 5—7-кунига келиб юқори бўлади. Бруцеллёзда ҳароратнинг кўтарилиши энг дастлабки ва барқарор симптомлардан биридир. Иситманинг қуйидаги реакциялари кузатилади: тўлқинсимон, узоқ давом этувчи, суб-

фебрил иситма, нотўғри интермиттирловчи иситма ва ремиттирловчи иситма шулар жумласидандир. Бруцеллёз билан оғриган болаларда кўпинча узоқ давом этувчи субфебрил иситма кузатилади. Асаб системасининг турли бузилишларида беморнинг боши оғрийди, у тажанг, кайфияти ўзгарувчан бўлиб қолади. Бруцеллёзнинг оғир турларида уйқусизлик алаҳсираш, хотиранинг хиралашуви кузатилади. Баъзан асаб системасининг бузилишлари сероз менингит, менингоэнцефалит ёки миелитлар ҳолида намоён бўлади. Бруцеллёзда кўпинча терининг оқариб кетиши ёки сарғайиши, турли пигментациялар ва уларнинг локаллиги (кўчиб юриши), трофик бузилишлар, турли характердаги тошмалар, геморрагиялар кузатилади. Лимфатик тугунлар одатда катталашади, ўзига хос таранг бўлади, қаттиқлашади, кўпинча тери билан бирикиб кетади. Бруцеллёзга хос бўлган белгилардан бири бириктирувчи тўқималар бўлган барча жойларда ривожланиши мумкин бўлган инфилтратлар ёки фиброзитлардир, булар кўпинча бўғимлар ва бел, думғаза атрофида, шунингдек, бўйин, бош ва юзда кўчиб жойлашган бўлади. Бруцеллёз фиброзитининг кечишида икки босқич ажрагилади: биринчиси ҳаддан ташқари оғриқли, чегараланган ёки ёйилган инфилтратлар пайдо бўлиши; иккинчиси — инфилтратлар соҳасида тугунлар, боғламлар ва турли зичликдаги пиликчалар ҳосил бўлиши билан таърифланади. Касалликнинг ўткир даври ўтиб кетгандан кейин инфилтратлар ном-нишонсиз йўқолиб кетади. Кўпинча бруцеллёз билан оғриган беморларда ҳа деганда босилмайдиган оғриқлар бўлади, бўғимлар шишади. Касаллик бошланишида оғриқлар йирик бўғимлар соҳасида, кейинроқ эса майда бўғимларда қайд қилинади. Юракнинг паст уриши, товушларнинг аниқ эшитилмаслиги, юрак чўққисида систолик шовқин, ифодааланган артериал гипотония қайд этилади. Меъда-ичак йўлида ҳам қатор ўзгаришлар аниқланади, иштаҳа пасаяди, қорин оғрийди, қабзият кузатилади. Кичик ёшдаги болаларда аксинча ич кетади. Касаллик илк бор бошланганда аксари жигар, камроқ қораталоқ анча катталашади. Болалар сийишга қийналади, баъзан қорин пастида қайталаниб турадиган оғриқдан шикоят қилишади. Периферик қонда камқонлик, лейко-ва тромбоцитопения, лейкоцитар формуланинг таёқча ядроли нейтрофиллар, лимфоцитлар ҳисобига чапга сурилиши, моноцитопения, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ўртача ошиши қайд қилина-

ди. Бруцеллэз турлича кечади. Касалликнинг ўткир босқичи тугаганидан сўнг, ўртача ўткир ёки сурункали даврига ўтади. Бруцеллэзнинг сурункали турларига ташхис қўйиш қийин, шунинг учун у кечикиб белгиладнади. Беморлар толиқишдан, мушак ва бўғимларда оғриқ туришидан, кўп терлашдан, асабийлашишдан, иштаҳа йўқлигидан шикоят қиладилар. Баъзи беморлар терисига тошмалар тошиши мумкин. Бруцеллэзнинг бу турлари кўпинча увеит, эндокардит, гепатит, эпидидимит, остеомиелит, энцефалит, миелит, аксари камқонлик билан бирга кечиши мумкин.

Ташхиси. Бруцеллэзга ташхис қўйиш учун қуйидаги усуллар қўлланилади: Қондан қўзғатувчи экмаларни ажратиб олиб, бактериологик усулда текширилади. Серологик диагностика усуллари қаторига: Райт ва Хедельсон агглютинация реакциялари, ПГАР (пассив гемагглютинация), тери остига Бюрне реакциясига қилинадиган аллергик синама киради.

Дифференциал ташхиси. Бруцеллэзнинг ўткир даврида унга тиф-паратиф касалликлари, туляремия, риккетсиоз, грипп, сохта сил, юқумли мононуклеоз, бод, сепсис, токсоплазмоз ва бошқа касалликлар билан дифференциал ташхис қўйишга тўғри келади. Бруцеллэзни (сурункали турлари бўлган) ревматоидли артрит, лимфогранулематоз, септик эндокардит, сурункали ўчоқли инфекция, сурункали зотилжам ва клиникаси шу хасталикларга ўхшаш касалликлар билан қиёсий ташхис қилиш зарур.

Давоси. Бруцеллэзни комплекс даволаш жуда самаралидир, у беморнинг бутунлай тузалиб кетишига олиб келади. Бруцеллэзни даволашда антибиотиклар (стрептомицин, левомецетин, рондоминин, гентамицин, тетрациклин) ва сульфаниламид препаратлар (витаминлар билан бирга) дан фойдаланилади. Шунингдек, ҳозир стероид гормонлар ҳам кенг қўламда қўлланади. Бруцеллэз касаллиги чўзилиб кетса ёки сурункали тус олса, қон қуйиш, десенсибилизациялаш ва симптоматик даво каби усуллардан ҳам фойдаланилади. Диатермия, ультрабинафша нурлар (УФО), ионогальванизация, УВЧ каби физиотерапевтик воситалар даволашнинг қўшимча тадбирлари ҳисобланади.

Илгари иммунотерапиядан кенг фойдаланиларди, ҳозир эса росмана сенсibilловчи хусусияти бўлганлиги учун бу усул кам ишлатилади. Болаларда бу усулни имкон борича камроқ қўллаш лозим. Бруцеллэз билан касалланган беморлар ўрин-кўрпа қилиб ётишла-

ри, уларга осон ҳазм бўладиган сифатли парҳез таомлар тайинлаш лозим.

Касалликнинг олдини олиш. Бруцеллэзга қарши кураш деганда, бунда касалликнинг кўчиб юришига, унинг ўчоқларини зарарсизлантиришга ва йўқотишга йўналтирилган кураш тушунилади. Бу касалликнинг олдини олишда санитария қоидаларига риоя қилиб тўғри хўжалик юритишнинг ҳам аҳамияти катта. Шу билан бирга бруцеллэз билан оғриган ҳайвонларнинг сутини, сутидан тайёрланган маҳсулотларни ҳамда гўштини овқатга ишлатмаслик лозим. Бу касалликка қарши олиб бориладиган қўшимча тадбирлардан яна бири тирик бруцеллэз зардоби билан эмлашдир. Эмлаш эпидемиологик кўрсаткичларга биноан 18 ёшдан катта бўлган аҳоли ўртасида ўтказилади, жиддий эпидемиологик вазиятларда махсус эмлаш тадбирлари ярим миқдорда 10 ёшдан ошган болаларга ҳам ўтказилади.

ҚОРИН ТИФИ (TYPHUS ABDOMINALIS) ва А ва В ПАРАТИФЛАРИ

А ва В паратифлари иситма, организмнинг умумий заҳарланиши, бактериемия, ичак лимфа тугунларининг зарарланиши билан кечадиган ўткир юқумли касалликдир.

Этиологияси. Ич терлама қўзғатувчиси ич терлама таёқчасидир. А ва В паратифларини D гуруҳи салмонеллаларига мансуб бўлган паратифоз таёқчалар келтириб чиқаради. Булар граммафий ҳаракатчан таёқчалар бўлиб, одатда озиқли муҳитда яхши ўсади. Уларнинг қуйидаги соматик, иссиқ муҳитга чидамли бўлган O-антигени, вирулент антигени мавжуд. Қўзғатувчи ўзидан эндотоксин ишлаб чиқаради. Қорин тифи қўзғатувчисида 72 фаготип бўлади. Қорин тифи таёқчаси ташқи муҳитга чидамлидир. У тупроқда ва сувда 1—5 ойгача, ахлатда 25 кунгача, ич кийимида 2 ҳафтагача яшай олади. Қиздирилганда тезда ҳалок бўлади. Одатдаги концентрациядаги дезинфекцияловчи воситалар қўзғатувчини бир неча дақиқада nobуд қилади. Тиф-паратифоз бактериялар левомецетин, ампициллин, цефалоспоринлар, бисептолларга жуда сезувчандир.

Эпидемиологияси. Инфекция манбалари — беморлар ва бацилла ташувчилардир. Бацилла ташувчилар ахлат ва сийдик орқали узоқ муддат (3 ой ва ундан ортиқ) ўзидан микроблар ажратиб туради. Болалар-

да бацилла ташувчилик кўпинча узоқ давом этмайди. Айниқса озиқ-овқат корхоналарида ва боғчаларда ишлайдиганлар бацилла ташувчилар бўлганда катта хавф туғилади.

Паратиф В да бактериал ташувчилик ич терламага қараганда тез шаклланади Қорин тифи касаллигидан даволанган беморларнинг 4—5 фоизи сурункали ташувчилар, паратиф В ни бошидан кечирган беморларнинг 7—8 фоизи эса сурункали ташувчилар ҳисобланадилар. Сурункали ташувчилик турли ёшдаги одамларда, жумладан 14 ёшгача бўлган болаларда ҳам кузатилади.

Бу касалликнинг эпидемиологиясида касаллиги яширин ёки атипик шаклда кечаётган беморлар катта роль ўйнайди. Ич терлама ва паратифнинг атипик шаклда кечиши кўпинча кекса одамларда, айниқса ёш болаларда аниқланади. Қорин тифи ва паратифларнинг тарқалиши йил бўйи бир хил бўлмайди. Бу касалликлар кўпинча йилнинг ёз-куз ойларида кўпаяди, чунки ёз ойларида об-ҳавонинг иссиқ бўлиши микробларнинг кўпайиши учун қулай шароит туғдиради. Бутун йил бўйи касалланишнинг 75 фоизи касалликнинг мавсумий кўпайиш даврига тўғри келади. Касаллик асосан оғиз орқали юқади. Шунингдек, бу касаллик қайнатилмаган сув ичилганда ва таркибида шу касалликнинг қўзғатувчиси бўлган озиқ-овқат маҳсулотлари истеъмол қилинганда юзага келади. Сув манбалари касалликнинг узоқ масофаларга тарқалишида асосий омил бўлиб ҳисобланади, чунки сувда ич терлама ва паратиф қўзғатувчилари узоқ яшай олади. Ич терлама микроблари сувда шарт-шароитга қараб 2—3 ой яшаши мумкин. В паратифи микроблари эса бундан ҳам кўпроқ сақланиб туради. Қорин тифи ва паратифнинг сув орқали тарқалиши ўткир эпидемияга сабаб бўлиши ва узоқ муддат давом этиши мумкин.

Инфекция тарқалишида пашшаларнинг ҳам аҳамияти катта. Бу касалликка ҳамма ёшдаги болалар (эмизикли болалар ҳам) бериловчан бўладилар, лекин кўпинча мактаб ёшидаги болалар касалланади. Баъзи минтақаларда, жумладан Ўзбекистонда касалланишнинг 60 фоизи 14 ёшгача бўлган болаларга тўғри келади. Бунда кўрсаткичларнинг талайгинаси 4—14 ёшли болаларга, энг кам эса 1 ёшгача бўлган болаларга тўғри келади. Қорин тифи ва паратифни бошидан кечирган беморларда анча турғун бўлган махсус иммунитет пайдо бўлади.

Патогенези. Ҳазм йўллари инфекциянинг кириш жойи бўлиб хизмат қилади. Қўзғатувчи ичакда кўпайиб, шиллиқ парда ва лимфа йўллари орқали ичакнинг лимфа тизимларига (Пейер, пиликчалари, солитар фолликулалар, регионар лимфа тугунлари) ўтади. Кейинчалик қисман ҳалок бўлган микроблар ва ҳоли бўлмаган токсинлар туфайли кечадиган бактериемия юзага келади. Микроблар кўплаб ўт қопида йиғилади, у ердан ичакларга тушиб, маълум даражада интоксикацияга сабаб бўлади ва қон томирларга ўтади. Касаллик ичакда ривожланганда қуйидаги босқичлар: Пейер пиликчалари ва фолликулаларнинг бўкиш босқичи, лимфа тугунларининг катталашуви ва ичак шиллиқ қаватининг яллиғланиши (1-ҳафтада), Пейер пиликчаларининг чириш босқичи (2-ҳафтада), қайта пайдо бўлиши (3-ҳафтада) ва яраларнинг чандиққа айланиши босқичи (4—5 ҳафталарда) фарқ қилинади. Ёш болаларда ичакдаги маҳаллий ўзгаришлар кучсизроқ ифодаланади.

Клиникаси. Ич терламанинг яширин даври 7 дан 23 кўнгача, ўрта ҳисобда 14 кун давом этади. Паратифда яширин давр бир мунча қисқа (6 кундан 10 кўнгача) давом этади. Ич терламада аксарият қисқа яширин продромал давр (1—3 кун) кузатилади. Касаллик аста-секин бошланади, ҳарорат 5—7 кун мобайнида босқичма-босқич кўтарилиб, 39—40° га етганда эт жунжикади, иштаҳа пасайиб, уйқу бузилади, қабзият пайдо бўлади, жигар ва талоқ катталашади, тилни қараш боғлайди, нисбий брадикардия пайдо бўлади, ҳарорат юқорилигича сақланиб туради. Тифоз ҳолат ривожланади, уйқу босади, қарахтлик, алаҳсираш кучаяди. Қорин текширилганда ўнг томонда қулдираш эшитилади. Кўпинча бронхит кузатилади. Касалликнинг 9—11-кунида қорин терисиди, кўкракда, елкада озгина бўртиб чиққан, диаметри 3—4 мм бўлган, босганда йўқолиб кетадиган розеолалар — пушти ранг доғлар пайдо бўлади. Касалликнинг биринчи кўнларида ўртача лейкоцитоз, кейин лейкопения, нисбий лимфоцитоз, анэозинофилия кузатилади. Касалликнинг ҳамма симптомлари тўлиқ юзага чиққандан 1—2 ҳафта ўтгач, розеолалар аста-секин йўқолиб, касалликнинг реконвалесценция даври бошланади. Ҳарорат эрталаб баъзан вақтинча тушиши, баъзан касалликнинг қисман ёки барча симптомлари юзага келган ҳолда қайталаниши ҳам мумкин. Касаллик иситма чиқиш даврининг 1—2 ҳафтагача қисқариши билан абор-

тив. (тўхтаб-тўхтаб) кечиши мумкин. Касалликнинг энгил, ўртача ва оғир турлари фарқланади. Ич терламанинг яққол манзараси мактаб ёшидаги болаларда кузатилади. Ёш болаларда касаллик баъзан атипик (интоксикация, диспептик ҳолатлар, менингизм, септик асоратлар билан) кечади.

Касаллик асоратлари камдан-кам ҳолларда ичакдаги ярали (ичакдан қон оқиши ва ичак перфорацияси) жараёнларга боғлиқ ҳолда, катта ёшдаги болаларда кузатилади. Ичакдан қон оқаётганлигига хос белгилар: ахлатнинг мойсимон бўлиши (кўпинча касалликнинг 3-ҳафтасида), бемор рангининг оқариб кетиши, бош айланиши, қоринда тўсатдан оғриқ пайдо бўлиши, бемор қайт қилиши, ҳарорат ва қон босими пасайиб кетиши ҳисобланади. Болаларда иккиламчи инфекциялар билан боғлиқ бўлган асоратлар (отит, зотилжам, стоматит ва бошқа) юзага келади. Паратиф А клиник кечиши бўйича қорин тифига ўхшаш бўлсада, ўзининг ўткир бошланиши, ҳароратнинг бир текисда бўлмаслиги, бирмунча энгил кечиши, камдан-кам асорат қолдириши билан ундан фарқ қилади. Паратиф В да кўпинча қон кетиши, баъзан эса қабзият, розео-лаларнинг кўплаб тошиши, баъзан герпес, қонда лейкопения билан бирга лейкоцитоз кузатилади. Паратифларда касаллик қорин тифига қараганда қисқароқ давом этади, кам ҳолларда асорат қолдиради ва ўлим билан тугайди.

Тифга қарши эмланганларда бу касаллик ғайритабiiй ҳолда, кўпинча яширин кечади.

Шунингдек, касаллик ўткир бошланиб, унинг тўсатдан юзага чиқадиган абортив шакли ҳам мавжуд. Касаллик кўпинча бўғимларда, мушакларда оғриқ ва узоқ субфебрил ҳарорат билан кечади. Лекин эмланганларда касаллик хавфли асоратлар билан оғир кечиши мумкин. Сўнгги йилларда қорин тифи ва паратифлар оғир турининг камайиши, энгил, атипик турининг кўпайиб бориши натижасида, айниқса касалликнинг бошланғич даврида унга ташхис қўйишда хатоликларга йўл қўйилмоқда. Ҳозирги пайтда қорин тифи ва паратифларнинг клиник кечиши касалликни эрта аниқлаш учун клиник лаборатория усуллари-дан фойдаланишни талаб этади.

Асоратлари. Қорин тифида ичак ярасининг тешилиши, ичаклардан қон кетиши, менингит, пиелонефрит ва бошқалар.

Ташхиси. Бу касалликни айниқса ёш болаларда

аниқлаш қийинчилик туғдиради. Бир ҳафтадан узоқ давом этадиган, доим иситма ва лейкопения билан кечадиган, пенициллин яхши таъсир этмайдиган касалликлар қорин тифига шубҳа туғдириши мумкин. Бундай пайтларда уларни дарҳол бактериологик текшириш зарур. Шошилиш ташхис қўйиш учун (касалликнинг биринчи ҳафтасида) венадан 5—10 мл қон олиниб, қон экмаси (гемокультура) тайёрланади ва 10% ли ўт суюқлигига экилади. Биринчи ҳафтанинг охири, иккинчи ҳафтанинг бошида Видал реакциясини ўтказиш (ташхислаш) учун унинг титри 1:100 дан кам бўлмаслиги зарур, керак бўлганда бу реакцияни қайта ўтказиш (бунда агглютинация титри ошиб боради) лозим. Иккинчи ҳафтанинг охири, учинчи ҳафтанинг бошида ахлатдан ва сийдикдан экма олиш керак. Касалликнинг 2—3 ҳафтасига бориб экма учун ўн икки бармоқ ичакдаги суюқликдан (биликультура) фойдаланиш мумкин. Антибиотикларни эрта тайинлашда лаборатория текширишлари ижобий натижа беради.

Ҳозирги пайтда Видал реакциясини соматик (жисмоний) О-ва Н-антигенлари билан ўтказиш тавсия этилмоқда. О-антигенлар билан ўтказиладиган ижобий натижа қўзғатувчиси номаълум бўлган тиф-паратифоз касалликларидан дарак беради. О-ва Н-антигенлари билан ўтказиладиган реакциялар биргаликда ижобий натижа берганда, О-агглютинация титри ошиб борганда қорин тифига тахмин қилиш мумкин. Видал реакциясига қараганда аниқроқ натижа берадиган реакция пасив гемагглютинация (ПГАР) реакциясидир. ПГАР (пасив гемагглютинация реакцияси)нинг эритроцитлар О-ва Н-антигенлари билан ўтказиладиган титри 1:660—1:320 га тенг. ПГАР махсус реакция бўлиб, юқори аниқ кўрсаткичларга эга бўлганлиги учун касалликнинг 4—5-кунлари қўйилади, титрнинг кўпайган миқдори 3—4 ҳафталарда кузатилади. Эрта ташхис қўйиш усулларида бири — иммунофлюоресценциядир. Бунда касаллик бошлангандан кейин 10—12 соат мобайнида қўзғатувчилардан экма олмасдан туриб касалликни аниқлаш мумкин. Бу усулни касалликнинг яширин атипик хилларида қўллаган маъқул.

Қорин тифи ва паратифларни грипп, тошмали тиф, пневмония, менингитли сил, сил, сепсис, бруцеллёз, Ку-иситмаси, юқумли моноклеоз, ўткир аппендицит, безгак, сальмонеллёз, ўткир дизентерия ва сохта сил касалликлари билан дифференциал ташхис қилишга тўғри келади.

Оқибати. Қасаллик одатда болаларда енгил ўтади.
Давоси. Бемор иситмаси тушгандан кейин 1,5—2 ҳафта ўрин-кўрпа қилиб ётиши шарт. Бунда тўла си-
фатли парҳез тутиш, яъни сут, қатиқ маҳсулотлари
мастава, бўтқалар, қирилган мевалар, сабзавот пюре-
си, кисель, буғда пиширилган котлет, илитилган ту-
хум, қотган оқ нон тавсия этилади. Кўпроқ суюқлик
бериб турилади. Антибиотиклардан левомецетин, тет-
рациклин (ёшга қараб) тайинланади. Даволаш иситма
тушгандан кейин ҳам давом эттирилади. Қасаллик
қайталаганда такрор антибиотиклар билан даволаш
чоралари кўрилади.

Интоксикация юз берганда организмга альбумин,
плазма, гемодез (20—50 мл), глюкоза (20% ли эрит-
масидан 20—40 мл), тетиклаштирувчи воситалардан
иммуноглобулин (кунига 3 млдан 2—3 марта), гемо-
трансфузия (1 кг тана вазнига 5—10 мл) ишлатилади.
Қасалликнинг бошланғич даврида гормон тутадиган
дорилар билан даволаш (10—12 кун давомида сутка-
сига 5—10 мг дан преднизолон, ичишни тўхтатишдан
олдин миқдори камайтирилади) яхши натижа беради.
Ичакдан қон кетганда беморга тинч шароит яратиб бе-
риш, қоринга муз қўйиш, плазма, кальций хлорид, ви-
тамин К (ёшга қараб) қўйиш, оз-оздан совитилган ов-
қат бериб туриш керак. Ичакдаги яралар тешилганда
зудлик билан операция қилиш зарур.

Олдини олиш. Ичиладиган сув ва озиқ-овқат маҳсу-
лотларини яхшилаб текшириб туриб қатъий санитария
хизматини ўрнатиш, қасалликнинг олдини олишда кат-
та аҳамият касб этади. Қасаллик симптомлари бата-
мом йўқолгач, бемор ахлатини ва сийдигини бактерио-
логик текширганда уч марта манфий натижалар олин-
гунча уни алоҳида ётқизиш лозим. Қасаллик ўчоғида
кундалик ва якунловчи дезинфекция ўтказилади.

Реконвалесцентлар — бактерия ташувчилар қасал-
хонадан чиқарилгандан кейин поликлиника ва санита-
рия-эпидемиология станцияси назоратида бўладилар.
Мактаб ва мактаб интернат ўқувчиларида қорин ти-
фи ва паратиф бактерияларни ташувчанлик ҳоллари
кузатилганда, бундай болаларга ўқишга қатнашга рух-
сат этилса-да, уларга озиқ-овқат маҳсулотларини тай-
ёрлаш билан боғлиқ бўлган ишларга қатнашишга
рухсат этилмайди. Умумий овқатланиш муассасалари-
да бактерия ташувчи ходимларни изчил аниқлаш ва
уларни зарарсизлантириш чораларини кўриш лозим.

Мактаб ёшдагиларни фаол эмлаш тадбирлари фақат эпидемик кўрсаткичларга мувофиқгина амалга оширилади. Эпидемик кўрсаткичларга мувофиқ эмлаш тадбирлари аҳоли пунктларида касаллик кўплаб тарқалганда ва узоқ давом этгандагина амалга оширилади. Болаларни қорин тифига қарши эмлаш учун ҳозирги пайтда қорин тифига қарши А-антиген билан бойитилган спиртли вакцина қўлланилади.

ВИРУСЛИ ЖИГАР КАСАЛЛИКЛАРИ (HEPATITIS VIROSA)

Турли вируслар келтириб чиқарадиган умумий касаллик бўлиб, унинг юқиш йўллари хилма-хилдир. Бу касаллик ўткир ва сурункасига кечади. Ҳозирги вақтда вирусли гепатитнинг А ва В, шунингдек С ва D турлари маълум.

Касаллик қўзғатувчи омил. (Вирусли жигар хасталигининг А шакли). Бу касалликни қўзғатувчи вирус таркибида РНК (рибонуклеин кислота) бўлиб, ўз хосасига кўра энтеровируслар гуруҳига мансубдир. Вируслар 100°C ҳароратда 5 минут мобайнида ҳалок бўлади. Гепатит В ни қўзғатувчи вирус таркибида ДНК бўлиб, у мураккаб антиген тузилишига эга бўлади (юза қобиқли марказлашган). Вируслар ташқи муҳитга чидамли бўлиб, 30 минут қайнатилганда нобуд бўлади.

Эпидемиологияси. Вирусли гепатитнинг А шакли жуда юқумли бўлиб, (инфекцион гепатит, Боткин касаллиги) у оғиз, ичак ва ҳазм йўллари орқали юқади.

Вирусли гепатит В билан касалланганларнинг 70—80 фоизда касаллик манбаи бемор бўлиб, касаллик яширин даврининг охирида, сариқлик даври бошланган ва касаллик ўткир даврининг дастлабки 12—15 кундаги беморларнинг юқумлилиги энг юқори ҳисобланади.

Гепатитнинг А шакли билан асосан 3—14 яшар болалар касалланадилар. Касалликнинг маълум цикл бўйича ривожланиши қайд қилинган. Инфекция кўпинча болалар муассасаларида тарқалади. Бу касалликни бошидан кечирган одамлар организмида турғун иммунитет пайдо бўлади.

Вирусли гепатит В. Вирусли гепатит В да касалликнинг ўткир ва сурункали тури билан оғриган беморлар, шунингдек, гепатит В вирусининг юза антигенини ташувчи соғлом одамлар касаллик манбаи бўлиб ҳисобланади. Гепатит В вирус бемор қонида узоқ

вақтгача сақланиб туради. Гепатит В парентерал йўл билан, вирус терига ва шиллиқ қаватга тушганда юқиши мумкин. В вирусининг юза антигени сўлак, ахлат ва организмнинг бошқа суюқликлари билан ажралиб чиқади. Касаллик, кўпинча гепатит В вируси ташувчиларининг қонини ва плазмасини билмасдан соғлом одамга қуйиш орқали ҳам тарқалади.

Вирусли гепатит В билан оғриган ҳомиладор аёлларда бу касаллик ҳомилага ҳам ўтиши мумкин. Гепатит В билан асосан бир ёшгача бўлган болалар оғрийди. Чақалоқларга касаллик (туғруқ пайтида) таркибида В вирусли бачадон суюқлигини ёки қонни ютиб юборганда ҳам юқиши мумкин.

Беморлар соғайиб кетгандан сўнг, уларда турғун иммунитет ривожланади. А ва В гепатитлари серологик алоқаси бўлмаган агентлар орқали юзага келади. Ҳозирги кузатишлар гепатит А ва В га сабаб бўладиган махсус агентлар борлигидан далолат бермоқда. Гепатит А ва В ҳамма ерда тарқалиши мумкин бўлса-да, лекин бу касалликлар посттрансфузион гепатитлар орасида бир мунча кўпроқ учрайди. Касаллик асосан қондан ёки уни ўрнини босадиган дорилардан ўтади, шунингдек, инфекция табиий йўл билан ҳам ўтади, деган тахминлар ҳам бор.

Гепатит А ва В учун касалликнинг ҳамма ерда бир хил тарқалмаслиги хос бўлиб, бу касаллик сув таъминоти яхши бўлмаган жойларда кўплаб тарқалади, катта ёшли кишиларга касаллик камроқ юқади, касаллик ўчоғи бўлган ҳоллар кам учрайди.

Патогенези. Гепатит А вируси организмга меъда-ичак йўлининг шиллиқ пардалари орқали ўтади. У нингичка ичак шиллиқ қаватларида ва мезентериал лимфа тугунларида кўпаяди. Кейин вирус қонда йиғилади ва касаллик яширин даврининг иккинчи ярмида, клиник манзараси юз бергунча бирламчи вирусемия (вирусларнинг кўпайиши) ривожланади. Вирус қон билан бутун организмга тарқалса-да, аммо жигар инфекция кўпайиши учун энг қулай жой ҳисобланади. Бу даврда умумий заҳарланиш белгилари пайдо бўлади, жигар ва талоқ катталашади.

Гепатит В вируси терининг зарарланган жойи орқали организмга тушганда регионар лимфадениит юзага келади. Гепатит В вируси билан зарарланган қон қуйилганда эса вирусемия (яъни вируслар қон томирларида айланиб юради) пайдо бўлади, бу касаллик патогенезининг кейинги босқичлари худди ви-

русли гепатит А даги сингари. Вирусли гепатит В да цитолиз ҳодисаси жигар ҳужайраларида иммунологик жараёнларнинг кечиши билан изоҳланади. Вирусли гепатит В билан оғриган бир қанча беморларда Т-лимфоцитлар камайиши ва функционал фаолиятнинг пасайиши сабабли, Т-системали иммунитет фаолияти йўқолиб кетади. Вирус таъсирида касаллик яширин даврнинг охирига бориб, ҳужайра мембраналарининг ўтказувчанлиги ошиб боради ва қон зардобдаги ферментлар фаоллигининг ошишига сабаб бўлади.

Касаллик авж олган даврда гепатоцитлар цитолизи, холестаз ва мезенхиманинг яллиғланиш реакциялари туфайли жигар зарарланади. Цитолизда жигар тўқималарининг парчаланиши натижасида оқсилнинг синтез қилиниши пасайиб кетади, гипопроteinемия ривожланади, альбуминлар даражаси пасайиб, глобулинлар миқдори кўпайиб кетади.

Касалликнинг оғир турларида қон ивиши системаси бузилади, қоннинг томир ичидаги ивиш синдроми ривожланиши мумкин. Витаминлар яхши ўзлаштирилмайди, ҳужайра ва ҳужайрадан ташқаридаги суюқликлар нисбати, пигмент алмашинуви анча бузилади.

Жигар дистрофияси ривожланишида (тўқималарнинг парчаланишида) ҳужайра мембраналари, лизосомалар ўтказувчанлиги ва улардаги протсолитик ферментлар фаоллиги ошишининг ҳам аҳамияти катта. Булар жигар ҳужайраларининг тез емирилишига ёрдам беради, бу жигар функциясини сусайтиради.

Жигар дистрофиясида марказий нерв системаси фаолияти бузилади ва ҳ. к.

Жигарнинг ўткир дистрофиясида марказий нерв системаси фаолиятининг бузилиши, жигарнинг қаршилик кўрсатиш фаолиятининг сусайиб кетиши билан боғланган. Бундай ҳолларда қонда аммиак, феноллар, баъзи аминокислоталарнинг тўпланиши аҳамиятлидир. Жигарнинг парчаланган тўқималари ҳам организмга заҳарли таъсир қилади. Гепатит дуруст кечган ҳолларда организм вирусдан батамом халос бўлиб, унда иммунитет шакллана бошлайди. Гепатит В билан оғришнинг баъзи ҳолларида организм вирусдан батамом халос бўлмасдан, вирус ташувчанлик шаклланади. Гепатит В билан оғриган қатор беморларда касаллик сурункали тус олади.

Клиникаси. Вирусли гепатит А нинг инкубацион даври 7 кундан 50 кунгача, вирусли гепатит В да эса 50 кундан 150 кунгача давом этади.

Бу вируслар оғиз орқали юққанда инкубацион давр 14 кундан 50 кунгача давом этади. Касалликнинг кечиши уч даврга: сариқликдан олдинги давр, касалликнинг ўткир сариқлик даври ва соғайиш (реконвалесценция) даврига бўлинади. Сариқликдан олдинги давр 3—10 кун давом этиб дармонсизлик, тана ҳароратининг кўтарилиши, кўпинча яллиғланиш билан кечадиган диспептик бузилишлар, баъзан жигар ва талоқнинг катталашганлиги билан характерланади. Ҳолсизлик, бош оғриши, кўнгил айниши, қайт қилиш, қоринда оғриқ кузатилади. Вирусли гепатит В да касаллик аста-секин бошланади. Беморларнинг маълум қисмида артралгия, бўғимларда оғриқ сезилади. Вирусли гепатит А ва В ларга сийдикнинг тўқ сариқ рангда бўлиши, ахлатнинг эса рангсизланиши хосдир. Ҳар хил даражада сариқлик аста-секин ривожланади, у аввало кўз склераларида, танглайда, тери юзасида пайдо бўлади. Баъзан тери бир оз қичишади. Сийдик тўқ-сариқ рангга киради, ахлат рангсизланади, жигар катталашиб, пайпаслаганда оғриқ сезилади. Сариқлик даври 10 кундан 20 кунгача давом этади, шундан сўнг сариқликка хос белгилар йўқолиб кетади ва реконвалесценция даври бошланади. Болаларда касаллик кўпинча ўткир бошланади, яъни иситма кўтарилади, бола қайт қилади, жигар соҳасида оғриқ сезилади, тери қопламларида ва кўз склерасида жуда эрта сариқлик пайдо бўлади. Касаллик турли клиник формаларда — сариқлик юзага келмайдиган ва сариқлик жуда тез пайдо бўладиган формаларда ўтади. Вирусли гепатитларнинг сариқликсиз юзага келган тури энгил кечади. Беморлар билан мулоқатда бўлганда бу касаллик айниқса ёш болаларда чўзилиб кетиши мумкин. Жигар ва талоқнинг катталашishi, пайпаслаганда оғриқ сезилиши касалликнинг бу турига хосдир. Касалликнинг бу тури клиник-эпидемиологик асосда лаборатория усулида текшириб аниқланади. Сурункали гепатитлар қайталаниб турадиган ва фаол турда кечиши мумкин. Сурункали гепатит билан оғриган болаларда жигар ва талоқнинг катталашганлиги, сариқлик, қоринда оғриқ, кўнгил айниши, иштаҳанинг пасайиши, анорексия, озиб кетиш, терида томирларнинг кўкариб қолган жойлари, кафтлар ва тирноқларнинг ўзига хос ўзгариши, гипертензия, ичак фаолиятининг бузилиши, камқонлик ҳоллари қайд қилинади.

Ташхиси. Гепатитнинг сариқлик росмана ифодаланган турида, касалликни аниқлашда унчалик қийинчи-

ликлар бўлмайди. Касаллик сариқликдан олдин ва сариқликсиз кечадиган ҳолларда ташхис қўйиш мушкуллик туғдиради. Касаллик сариқ касаллиги бор беморлардан юққанда унинг биринчи белгилари 7 кундан 50 кунгача, организмга дори игна орқали юборилганда юққанда эса 50—150 кунгача бўлган муддатда билинади. Ташхис учун умумий дармонсизлик, ҳароратнинг субфебрил бўлиши, иштаҳа йўқолиши, кўнгил айланиши, кекириш, қабзият, ўнг биқинда оғриқ, жигарнинг катталашishi, сийдик, айниқса кўпиги тўқ рангда бўлиши, нажаснинг рангсизланиши муҳим белгилардан ҳисобланади. Болалар муассасаларида бу касаллиқни эрта аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Чунки бу касаллик кечикиб аниқланганда кўпчиликка юқиб қолиши мумкин. Касаллиқни аниқлашда қонда билирубин борлигини кузатиш, сийдикни эса сариқлик пигментлари — уробилинга ва бошқа синамаларга текшириш зарур. Ферментлар, трансаминазалар (АЛТ миқдори 0,68 нмоль/л бўлиши керак) фаоллигини аниқлаш ҳам ташхис қўйишда катта аҳамиятга эга. Вирусли гепатитлар грипп ва бошқа шамоллаш касалликлари, механик сариқлик, озиқ-овқатдан заҳарланиш, сариқ лептоспироз, кўричак, юқумли моңонуклеоз, лейшманиозларнинг висцерал тури, ангиохолецистит, токсинли гепатит, ўт йўли атрезияси, каратинли сариқлик билан дифференциал ташхис қилинади.

Оқибати. Касаллик баъзан енгил турда кечади. Улим ҳоллари камдан-кам рўй беради. Бу ҳол асосан вирусли гепатит В нинг фульминант тури бўлиши мумкин. Касаллик цирроз билан тугайдиган сурункали турига айланиши мумкин.

Давоси. Бемор бутун касаллик давомида кўрпа-тўшак қилиб ётиши, парҳезга риоя қилиши, берилаётган овқати таркибида туз, ёғ, зираворлар кам бўлиши керак. Беморга творог, сабзавотлар, ҳўл мевалар, ёшига қараб витаминлар (аскорбин кислота, никотин кислота, В гуруҳи витаминлари ва бошқалар) берилиши керак. Магнезиянинг олтингугуртли бирикмаси ҳам фойдали (25% ли эритмасидан чой, ош қошиқдан кунига 3—4 маҳал берилади). Минерал сувлар (17-сон Ессентуки боржоми, Тошкент, Славян минерал сувлари) овқатдан олдин 1/4—1/3 стакан миқдорда илтиб берилади.

Касаллиқнинг оғир турида интоксикацияга қарши тадбирлар кўриш, озиш учун парҳез тутиш, тозалик ҳуқнаси, глюкозанинг 20% ли эритмасидан 20—40 мл

юбориб туриш, плазма (20—50 мл) қуйиш, В гуруҳ витаминлари (айниқса В₆ витамини) юбориш, гормонал даво ўтказиш лозим.

Касалликнинг олдини олиш. Вирусли гепатит В нинг олдини олишда вируснинг меъда-ичак йўли орқали ўтишининг олдини олиш лозим. Аҳолини сифатли озиқ-овқат маҳсулотлари ва сув билан таъминлаш, пашшаларга қарши курашиш, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш шулар жумласига киради.

Гепатит А билан оғриган беморларни дарҳол ажратиб қўйиш зарур. Ноқулай шароитларда яшайдиган (коммунал турар жойларда, ётоқхоналарда) беморларни касалхонага ётқизиш керак. Яшаш шароити дуруст бўлган, шахсий хонадонларда турадиган беморлар уйлариининг ўзида алоҳида хонага ётқизилади. Уйлар албатта дезинфекция қилиниши шарт.

Бемор билан алоқада бўлган ёш болалар орасида (бемор билан охирги контактдан бошлаб 50 кунгача) тиббий назорат ўрнатилади. Иммунопрофилактика тадбирлари бу касаллик билан кўпроқ зарарланган аҳоли ўртасида ўтказилади. Иммуноглобулин ёшга қараб қуйидаги миқдорларда: 1—6 ёшдагиларга — 0,75 мл; 7—10 ёшдагиларга — 1,5 мл ва катта ёшли болаларга қараб 3 мл гача юборилади.

А ва В вирусли гепатит қўзғатувчиларининг оғиздан ташқари йўл билан ўтиши, гепатит вируси тарқалишининг олдини олишда кўриладиган чора-тадбирлар касалликнинг табиий ва сунъий тарқалиш йўллариини бартараф этишдан иборат. Беморга қон ва унинг ўрнини босувчиларни қуйиш учун бир марта қўлландиган воситалардан фойдаланиш керак. Гепатит В юқинининг олдини олиш учун допорларни яхшилаб текшириш, барча даволаш ва муҳофаза муассасаларида гемотрансфузияни чеклаш, иложи борида, бир марта ишлатиладиган тиббий ва таҳлилхона ускуналаридан фойдаланиш, тери қопламлари ва шиллиқ қаватлар шикастланганда ишлатиладиган муолажа жиҳозлари ва ускуналарни стерилизациядан олдин тозалаш, стерилизация қилиш қоидаларига қатъий амал қилган ҳолда дезинфекция ўтказиш зарур бўлади.

Вирусли гепатит В га қарши махсус профилактика тадбирларини ўтказиш мақсадида 1990 йилдан бошлаб гепатит В антигенининг юқори вирус ташувчанлигини ҳисобга олиб, чақалоқлар, 1—2 ёшли болалар ва тиббий хизматчилар орасида профилактик эмлаш чоралари ўтказилмоқда. Бу инфекцияга қарши эмлашнинг

тўла курси «гепатит В га қарши эмланиши лозим бўлган болаларни эмлаш тартибига» мувофиқ 4 марта амалга оширилади.

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ БИЛАН ОҒРИБ ЎТГАН БОЛАЛАРНИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ҚИЛИШ

Вирусли гепатитни бошдан кечирган барча болалар касалликнинг сурункали тус олиши ва хунук оқибатларини бартараф этиш мақсадида доим врач назоратида бўлишлари лозим.

Биринчи текширувда клиник-лаборатория кўрсаткичлари яхши чиққан болаларни поликлиникада инфекционист ёки гастроэнтеролог (улар йўқ бўлганда участка педиатри) ҳар 3—6 ойда текшириб туради. Клиник-лаборатория кўрсаткичлари яхши бўлган беморлар 6 ойдан кейин диспансер ҳисобидан чиқариб ташланади.

Гепатит В, дельта-инфекция билан оғриб ўтганлар, А ва В гепатитлари вирусли гепатит билан дифференциалланмаган беморлар кузатув мобайнида касалхонада даволаниш билан бирга амбулатория текширувидан ўтадилар. Биринчи маротаба текширилганда клиник-лаборатория кўрсаткичлари яхши чиққан болалар 3, 6, 9 ва 12 ойлардан кейин қайта текширилади. Ҳамма клиник лаборатория кўрсаткичлари яхши бўлган беморлар касалхонадан чиққанларидан 12 ой ўтгач ҳисобдан чиқарилиб юборилади.

ГЕМОМРАГИК ИСИТМАЛАР

Булар табиий ўчоқли вируслар қўзғатадиган ўткир юқумли касаллик бўлиб, заҳарланиш, иситма ва геморрагик синдромлар билан характерланади. Бу гуруҳга 10 дан ортиқ касаллик турлари кириб, улардан геморрагик иситма (буйрак синдромлари билан) ёки узоқ шарқ геморрагик иситмаси, Қрим иситмаси (унинг турларидан бири Марказий Осиё хили) ва Омск иситмаси учрайди.

ГЕМОМРАГИК ИСИТМА (БОШЛАНҒИЧ СИНДРОМ БИЛАН)

Этиологияси. Касаллик қўзғатувчиси арбовируслар гуруҳига мансубдир. Вирус ташқи муҳитга унча чидамли бўлмайди.

Эпидемиологияси. Ҳозирги вақтда ёввойи сичқонсимон кемирувчилар (ондатралар ва бошқалар) ни касаллик тарқатувчилар деб ҳисоблаш расм бўлган. Касаллик кемирувчилар билан бевосита алоқада бўлганда қандай юқса билвосита алоқада бўлганда ҳам шундай юқади. Қўзғатувчилар трансмиссив (қон сўрувчи бўғим оёқлилар), алиментар, аспирацион йўл ва бевосита кемирувчилар орқали юқади.

Геморрагик иситма билан барча ёшдаги кишилар касалланади. 7 ёшгача бўлган болалар ва 50 ёшдан ошган қариялар камдан-кам оғрийди. Касалликдан сўнг мустаҳкам иммунитет ҳосил бўлади.

Патогенези. Вирус тери ёки шиллиқ пардалар орқали организмга тушиб, ретикулоэндотелиал ҳужайраларда кўпаяди, сўнг қонга ўтиб, вирусемия — умумий заҳарланишни келтириб чиқаради.

Вирусларнинг вазотроп хусусиятлари шунда намоён бўладигани, яъни бунда қон томири деворларининг ўтказувчанлиги ошиб кетади, бу касаллик учун патологик ҳисобланган тўқимадаги плазморреянинг келиб чиқишига сабаб бўлади. Натижада периваскуляр шиш, кўплаб қон қуйилиши ва некробиоз ўчоқларининг пайдо бўлиши кузатилади.

Касалликнинг патогенези капилляротоксикоз, геморагик тошмалар, кўплаб қон қуйилиши, ички аъзо тўқималари ва марказий нерв системасининг зарарланиши, шиш кўринишида намоён бўлади. Касаллик авж олганда кўпинча гипоталамогипофизар, буйрак усти беши етишмовчилиги ва инфекция токсинли шок ҳолати юзага келади.

Капиллярлар ва майда қон томирлари деворларининг зарарланиши билан кечадиган вирусемия касаллик бошланғич даврининг (1—3 кун) белгиларини келтириб чиқаради. Буйракнинг сийдик ажратиш қобилиятининг ўткир бузилиши вирусларнинг буйрак томирларига бевосита таъсири билан боғланган.

Олигурия, оғир ҳолларда эса ануриянинг келиб чиқиши буйрак етишмовчилигининг белгилари бўлиб, бу электролит ва азот алмашинувининг бузилишига ҳам олиб келади.

Полиурия даврида буйрак патологиясини келтириб чиқарувчи функционал бузилишлар асосида каналчалар эпителийсининг сийдикни реабсорбция қилиш қобилиятининг пасайиши ва буйрак тугунларида филтрланишнинг камайиши ва афтидан эндокрин безлар иш фаолиятининг бузилиши ётади.

Клиникаси. Касалликнинг яширин даври ўрта ҳисобда 15 кунни ташкил этиб, 10 кундан 25 кунгача ўзгариб туриши мумкин. Касаллик одатда ўткир бошланади. Касаллик бошланишининг олд даври 2—4 кун давом этиб, беморни кўнгил айланиши, беҳол бўлиш, тез чарчаб қолиш, бошнинг пешона, чакка қисмида ва кўз косаларида оғриқ безовта қилади, иштаҳа пасайиб, оёқ-қўлларда ва бутун танада оғриқ пайдо бўлади, уйқу бузилиб, томоқ қичишади.

Касалликнинг бошланғич даврида бирданига ҳарорат 38—40—41°C га кўтарилиб, юз, бўйин, кўкракнинг юқори қисми кўкариб кетади, склера — кўз оқига қон қуйилади.

Касалликнинг 2—4-кунда олигурия даври кузатилиб, у буйрак ва геморрагик белгилар билан ўтади. Ҳарорат тушгандан сўнг МНС ва буйрак зарарланиши натижасида беморнинг умумий аҳволи яхшиланмайди. Узоқ Шарқ минтақаси учун терида петехиал ёки майда нуқтасимон тошмаларнинг пайдо бўлиши хос бўлиб, бу нарса оғир геморрагик асоратларнинг келиб чиқишидан дарак беради. Бундай асоратлардан энг оғири буйракдан қон кетишидир. У гоҳо макрогематурия, баъзан эса микрогематурия кўринишида намоён бўлади.

Нафас олиш аъзолари камдан-кам ҳолларда зарарланади. Меъда-ичак йўлининг зарарланиши, кўнгил айланиши ва қайт қилиш, чириётган қон ҳидининг келиши, қоринда метеоризм ва оғриқнинг пайдо бўлиши, оғриқ асосан қориннинг ўнг қисмида, ўнг қовурғалар остида ва киндик атрофида кузатилади. Абдоминал белгиларга яхши эътибор бермаслик, меъда ярасининг тешилиши — перитонит, аппендицит каби касалликларга тахмин қилиб, нотўғри ташхис қўйиш натижасида кераксиз операцияларни ўтказишга ҳам баъзан сабабчи бўлади.

Геморрагик иситманинг асосий белгиларидан бири чанқоқлик бўлиб, полиурия даврining охирига бориб чанқаш жуда кучаяди.

Кўришнинг бузилиши, кўзнинг қичиши, кўриш ўткирлигининг пасайиши ва кўзнинг хиралашиши — касалликнинг одатий белгиларидан ҳисобланади. Оқ қон таначаларида сезиларли ўзгаришлар юз бериб, дастлабки кунлар бир оз лейкопения ёки нормоцитоз аниқланади. Тромбоцитлар сони камайиб кетади. Бундан ташқари, қонда гипокоагуляция ва гиперкоагуляция кузатилади.

Соғайиш даври 3—12 ой. Касаллик енгил, ўртача оғирликда ва оғир кечади. Касалликнинг оғир тури буйракнинг сийдик ҳосил қилиш ва сийдик ажратиш функциясининг бузилиши билан характерланиб, уремия белгилари, азот қолдиқларининг кўрсаткичлари (65,2 дан 142,8 ммоль/л гача, анурия ёки олигурия, суткалик диурез 200—300 мл дан кам бўлади), кучли геморрагик белгилари ва МНС зарарланиши билан кечади. Баъзан ўткир томир етишмовчилиги ва меъда-ичак йўллари-нинг кучли зарарланиши билан кечадиган хиллари ҳам кузатилиши мумкин.

Бир оз уремия белгиларининг пайдо бўлиши касал-ликнинг ўртача оғирликда кечадиган турига хосдир.

Касаллик енгил кечганда азот қолдиғининг миқдо-ри нормада бўлиб, уремиянинг клиник белгилари ку-затилмайди, суткалик диурез миқдори нормада бўла-ди ёки озгина камайиши мумкин.

Асоратлари. Азотемик уремия, буйрак пўстлоқ қис-мининг ёрилиб кетиши, зотилжам, паротитлар, отитлар ва бошқалар.

Ташхиси ва қиёсий ташхиси. Клиник белгиларга асосланиб касалликка хос ташхис қўйилади (буйрак, етишмовчилиги белгилари билан иситма чиқиши, оғир ҳолларда геморрагик ҳолатларнинг кузатилиши). Сий-дикда юз берадиган ўзгаришларни ҳам ҳисобга олиш керак. Оқсил, эритроцитлар пайдо бўлганда баъзан каналчаларнинг дегенератив ҳужайраларини ва фибрин-ли цилиндрларни кўриш мумкин. Касалликни диффе-ренциал ташхис қилишда грипп, тошмали тиф, сариқ-сиз лептоспироз, ўткир нефрит, ўткир қорин оғриғи, тошмали терлама, Ку-иситмаси, сепсис, капиллярлар токсикози каби касалликларни ҳисобга олиш керак. Касалликнинг 19-кундан бошлаб полиурия бош-ланади, суткалик диурез миқдори 3—5 литрга етади. Нерв системаси зарарланишининг белгилари миянинг инфекцион-токсик шишишига боғлиқдир.

Давоси. Даво лаборатория, «Сунъий буйрак» билан жиҳозланган махсус бўлимларда олиб борилиши зарур. Оғир ҳолларда 3—4 ҳафта давомида бемор кўрпа-тў-шак қилиб ётиши лозим. Касаллик оғир кечганда 2—3 ҳафта сутли ва ўсимлик маҳсулотларидан тайёрлан-ган парҳез таомлар ейиш, кўп-кўп суюқлик ичиш за-рур.

Иситмалаш даврида катта миқдорларда аскорбин кислота, В₁, В₁₂, Р, РР витаминлари ёки мушак ичига

натрий никотинат (охиргиси геморрагик белгилар ривожланган вақтда) тавсия этилади.

Этиотроп дори-дармонларнинг йўқлиги сабабли асосий ўринни патогенетик терапия эгаллайди, у буйрак етишмовчилигини даволаш ва профилактика қилишга, сув ва туз алмашинувини созлашга, юрак-томир фаолиятини қувватлаб туришга, томирлар девори резистентлигини сақлашга, асоратларнинг олдини олишга йўналтирилган бўлади.

Антигистамин препаратлари (димедрол, пипольфен) ни қўллаш ҳам мақсадга мувофиқдир, булар капиллярлар ўтказувчанлигини пасайтириши натижасида буйрак оралиқ тўқималари жадаллигини камайтиради. Натрий хлориднинг изотоник эритмаси, глюкоза, гемодез тавсия этилади. Томирлар етишмовчилиги ривожланган вақтда 5% ли альбумин плазмаси, реополиглюкин қўйилади. Инфекцион-токсик шок ҳолатининг келиб чиқиши хавфи туғилган вақтда преднизолон, гидрокортизон буюрилади. Юрак етишмовчилиги юз берганда венага коргликон ёки строфантинни бўлиб-бўлиб юборилади, оғриққа қарши аналгин, промедолдан укол қилинади. Иккиламчи инфекция қўшилган вақтда антибиотиклар тайинланади.

Касалликнинг олдини олиш. Профилактик чоратадбирлар одамларни кемирувчилар билан контактда бўлишининг олдини олишга қаратилган.

ҚРИМ ГЕМОМРАГИК ИСИТМАСИ

Этиологияси. Қрим геморрагик иситмасининг қўзғатувчиси арбовирусларга мансуб вируслар бўлиб, тажриба ҳайвонлари учун юқумли ҳисобланади.

Эпидемиологияси. Қасаллик қўзғатувчисининг диссеминациясида қон сўрувчи каналарни озиқлантирувчи ҳайвонлар (қуёнлар, африка типратиконлари, қўйлар, сигирлар, эчкилар) катта аҳамият касб этади. Вируслар киши организмга трансмиссив йўл, кана сўлаги, контакт, ўзида вирусларни тутган бемор ажратмалари орқали тушади.

Атрофдаги кишилар учун беморлар касалликнинг биринчи кунлари, айниқса қон кетиши бошлангандан сўнг жуда хавфли ҳисобланади. Қрим геморрагик иситмаси контакт йўл билан юққанда, касалликнинг кечиси бир мунча оғирроқ бўлиб, бу нарса вируснинг тирик тўқималар орқали юққанда патогенлик хусусиятининг

ортиб кетиши билан боғлаб тушунтирилади. Касаллик баҳор ва баҳор-ёз фаслида кўпроқ учраб, мавсумийлиги билан характерланади. Кўпроқ қишлоқ аҳолиси касалланади. Касалланиш ёшга боғлиқ бўлмасада, лекин кўрак ёшидаги болаларнинг касалланган ҳоллари кузатилади.

Патогенези. Тери орқали организмга тушган вирус ретикулоэндотелиал ҳужайраларда йиғилиб, сўнг қонга ўтади ва вирусемияга сабаб бўлади. Вируслар қон томирлар эндотелийсига вазотроп таъсир этиш орқали ва гипоталамик марказларни ҳамда бўйрак ости бези пўстлоғини зарарлаб, томирлар парези пайдо бўлишига ва ўтказувчанликнинг ошиб кетишига сабаб бўлади.

Клиникаси. Касалликнинг инкубацион даври 7—10 кунни ташкил этади. Касаллик беморнинг эти увишиб, қалтираши билан бошланади. Тана қизиби, ҳарорат биринчи суткада юқорига кўтарилади.

Геморрагик олди даври бир неча соатдан 6—8 кунгача давом этади ва умумий заҳарланиш белгилари пайдо бўлади: қаттиқ бош оғриғи, бўғимлар ва мушакларда, бутун танада оғриқ пайдо бўлади. Беҳоллик ва тез чарчаб қолиш ҳоллари кузатилади. Баъзан бош айланиши, оғизнинг қуриб қолиши, чанқаш, енгил шамоллаш аломатлари пайдо бўлиб, бемор алаҳлайди, баъзан ҳушидан кетади, болдир, мушакларда қаттиқ оғриқ пайдо бўлади. Иситма катта турғунликка эга бўлиб, 7—8 кун давом этиши мумкин. Кўпгина ҳолларда «икки тўлқинли» босқичли иситма чизиги кузатилиб, 3—5 кун ҳарорат бир оз пастга тушади. Геморрагик белгилар турли даражада бўлиб, ҳарорат тушиши билан бу белгилар ўтиб кетиши мумкин.

Қрим геморрагик иситмасида тошмалар петехиал характерда бўлади. Кўпинча беморларда бўйракнинг зарарланиши кузатилади, лекин бўйрак синдроми билан кечадиган геморрагик иситмада бўйракнинг ифодаланган функционал етишмовчилиги аниқланмайди.

Периферик қонда лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения каби ўзгаришлар бўлиб, ЭЧТ ортиб кетади. Болаларда лейкопения ва тромбоцитопения эртaroқ пайдо бўлади.

Узоқ давом этиш билан характерландиган реконвалесценция даврида қон ва сийдикдаги ўзгаришлар аста-секин нормага кела бошлайди.

Асоратлар. Заҳарланиш ва кўплаб қон кетиши натижасида ўткир юрак ва қон томирлар етишмовчилиги, зотилжам

Ташҳиси ва қиёсий ташҳиси. Касалликнинг ўткир бошланишига, эпидемиологик анамнезни пухта йиғишга эътибор бериш лозим. Ҳозирги вақтда касалликнинг вирусологик ва серологик (КБР, ПГАР) аниқлаш усулларида фойдаланилади, лекин булар асосан ретроспектив диагностик мақсадларга хизмат қилади.

Дифференциал ташҳис қилишда хирургик ва гинекологик касалликларни назарда тутиш керак, лекин бу ҳасталикларда иситмага хос бўлган циклик кечиш кузатилмайди. Нотўғри ташҳис қўйиш, кўпинча эҳтиёт бўлиш чора-тадбирларини кўрмасдан туриб, тезда операция ўтказишга олиб келади. Касалликнинг турли даврларини лептоспироз, вабонинг септик тури, куйдиргининг ичакда учрайдиган тури, бошқа геморрагик иситмалар ва сепсисдан ажрата билиш зарур.

Даволаш. Геморрагик иситма билан оғриган беморларни умумий қондалар бўйича даволаш асосида олиб борилади. Иситмани тушириш учун 60—180 мл миқдорда гипериммун иммуноглобулин ва иммун зардобитавсия этилади. Беморларни касалхонага қабул қилишда касалхона ичи инфекцияси, ҳатто парентерал йўл билан юқиши мумкинлигини эсда тутиш зарур. Касаллик ўчоғида дератизацион ва дезинсекцион чора-тадбирлар ўтказилади.



ЎРТА ОСИЕ ГЕМОРРАГИК ИСИТМАСИ (УОГИ)

Касалликнинг яширин даври 2—4 кун давом этади. Касаллик ўткир бошланиб, касаллик олди даври бўлмайди. Ҳарорат бирданига 39—40°C га кўтарилиб, қалтираш пайдо бўлади, кучли бош оғриғи ва уйқучанлик кузатилади. Баъзан менингизм ҳолатлари қайд қилинади. Касалликка хос белгилар: юз териси, бўйин ва тана қисми гиперемияси, кўз склераларига қон қуйилиши, тез-тез, кучли қайт қилиш. Касалликнинг одадий белгилари: бурундан тез-тез ва кўплаб қон оқиши, қон қусиш, ичаклардан кўплаб қон кетиши, қон туфлаш (бу аломатлар баъзан беморнинг ҳаётига хавф туғдиради). Қонда лейкопения, нейтрофил ядроларининг чапга сурилиши, анэозинофилия, тромбоцитопения кузатилиб, ЭЧТ ортади. Иситма авжида, кўп қон йўқотиш натижасида гипохром камқонлик келиб чи-

қади. Ҳарорат 7—10 кун давомида баланд бўлади, 2—4 ҳафта давом этадиган реконвалесценция даврида организмдаги барча ўзгаришлар ўз ўрнига қайтади. УОГИ да ўлим, хусусан унинг буйрак синдромлари билан ўтадиган турида Қрим геморрагик иситмасига нисбатан юқорироқдир.

Қасалликка ташхис қўйиш, даволаш ва профилактика ҚГИ да қандай бўлса, бунда ҳам худди шундай бўлади.

ОМСК ГЕМОМРАГИК ИСИТМАСИ (ОГИ)

Қасаллик унча кўп тарқалмаган, кам учрайдиган юқумли қасалликлар қаторига киради.

Этиологияси. ОГИ вируси иммунологик жиҳатдан кана энцефалити вирусига жуда ўхшаб кетади.

Эпидемиологияси. Ондатралар, сув каламушлари ва бошқа кемирувчилар, қушлар инфекция манбаларидир. Қасаллик одамга иксода, гамаз каналари ва бошқа турдаги каналар чаққанида, одам қасал ҳайвонларга қараб турганда, лаборатория шароитларида, респиратор йўл билан юқади.

Патогенези. Қасаллик капиллярлар эндотелийси, вегетатив нерв системаси, буйрак усти безлари ва қон яратувчи аъзоларга вирус таъсир этиши натижасида келиб чиқади.

Клиникаси. Яширин даври 2—4 кун давом этади. ОГИ нинг клиникаси ҚГИ нинг клиникасини эслатади. Лекин ОГИ да геморрагик экзантема доимо бўлмайди, меъда-ичак йўллари ва бошқа аъзолардан қон кетиши кам учрайди. Нерв системаси томонидан бўладиган ўзгаришлар кучли намоён бўлади. Беморларнинг бир қисмида атипик пневмония ёки бронхит кузатилади. Иситма 4—5 кундан 12 кунгача давом этиши мумкин. Периферик қонда лейкопения, нейтрофилёз, тромбоцитопения ва анэозинофилия кузатилади.

Ташхис қўйиш, даволаш ва профилактикаси ҚГИ сингари олиб борилади.

ГРИПП ВА ГРИППСИМОН ҚАСАЛЛИКЛАР (ЎТҚИР РЕСПИРАТОР ВИРУСЛИ ҚАСАЛЛИКЛАР)

Бу гуруҳга вирусли грипп, адиновируслар, парагрипп вируслари ва риновируслар сабаб бўлган қасалликлар, синцитиал-респиратор вируслари ва бошқа қасалликлар киради.

ГРИПП (GRIPPE, INFLUENZA)

Ўткир респиратор касаллик бўлиб, уни турли хил вируслар келтириб чиқаради. Касаллик ўткир бошланади, иситма чиқади, умумий заҳарланиш кузатилади ва респиратор йўллар зарарланади.

Этиологияси. Касаллик қўзғатувчиси филтрланувчи вирусдир. Грипп вируслари нисбатан йирикроқ бўлиб, ўзида РНК моддасини тутати. Бу РНК моддаси комплемент боғлаб олиш қобилиятига эга бўлиб, у антиген тузилиши, антигенлик хусусиятини тезда ўзгартира олиш билан таърифланади (айниқса грипп А вируслари). Аҳоли ичида гриппга нисбатан иммун гуруҳининг ўсиши вирусларнинг антигенлик хоссаси ўзгарган мутант штаммларининг пайдо бўлишига имкон яратади.

Эпидемиологияси. Бемор одам, айтиқса касаллик авж олган даврда, кўпинча гриппнинг белгиларсиз кечадиган турини бошидан кечирган бемор инфекция манбаи ҳисобланади. Касаллик асосан ҳаво-томчи йўли билан юқади. Касалликка чалиниш хавфи барча ёшдагилар учун юқори ҳисобланади. Бундай грипп касаллиқни чақирган вирусга нисбатан иммунитет ҳосил бўлиши билан яқунланади. Ҳосил бўлган иммунитет кўпинча омилларга боғлиқ равишда (ёшга, организмнинг индивидуал реактивлигига ва бошқ) бир неча вақтгача сақланиб туриши мумкин.

Касаллик катта эпидемияларга, ҳатто пандемияларга сабаб бўлиши мумкин.

Патогенези. Вирус организмга юқори нафас йўлларининг шиллиқ қаватлари орқали тушиб, қон орқали тарқала бошлайди ва (йўлида учраган) нафас йўлларининг эпителиал қобиғини, шунингдек, нерв, юрак ва қон томир системасини зарарлантиради. Грипп вирусини умумий заҳарланишга сабаб бўлиб, организм резистентлигини сусайтиради, иккиламчи инфекциянинг (бактерия) қўшилишига имкон яратади.

Клиникаси. Инкубация даври бир неча соатдан бир-икки кунгача давом этади. Касаллик кўпинча ўткир, юқори ҳарорат билан бошланиб, бунда баъзан касаллик олди белгилари ҳам кузатилади. Касалликка умумий заҳарланиш (бош оғриғи, адинамия, мушакларда оғриқ, гиперестезия) белгилари хосдир. Айти пайтда шамоллаш белгилари ҳам пайдо бўлади. Шу билан бирга сохта круп, астма хуружи, абдоминал

(қоринда оғриқ, қайт қилиш, тез-тез ич кетиши), геморрагик (бурундан қон оқиши), церебрал (қалтираш, ҳушдан кетиш) бузилишлар юз бериб, уларни рентген текшируви орқали аниқлаш мумкин, бунда ўпка бўлмаларининг бирламчи зарарланиш синдромлари кузатилади. Касаллик бошланишида қонда қисқа муддатли лейкоцитоз, кейинчалик эса лейкопения, лимфоцитоз, моноцитоз ва нормал ёки бир оз тезлашган эритроцитларнинг чўкиши аниқланади. Ҳароратнинг эгри чизиги кўпинча икки тўлқинли эгриликдан иборат бўлади. Иситма 2—3, баъзан 5—6 кун, қуруқ йўтал 4—7 кун давом этади. Умумий заҳарланиш, бош оғриши, ҳолсизлик, бош айланиши, иштаҳанинг йўқолиши А вируслар тарқатган гриппда нисбатан кўпроқ кузатилади. Нимжон, гўдак болаларда кўпроқ учрайдиган конъюнктивит, бурун, ютқун шиллиқ пардаларида, бурун йўлларида бўладиган катарал ўзгаришлар В вируслар тарқатувчи грипп учун характерлидир. Гўдакларда кўпинча ларинготрахеит, бронхит, бронхиолит, зотилжам каби асоратлар ривожланади. Иккиламчи микрофлора қўшилган вақтда круп синдроми узоқ муддат давом этиб, баъзан тўлқинсимон кечади. Бунда юмшоқ танглайнинг шиллиқ қаватида, трахеяда шиш ва геморрагик ўзгаришлар, шунингдек, йирингли ва некротик яллиғланиш кузатилади. Янги туғилган болаларда грипп нисбатан енгилроқ кечади (онадан ўтган иммунитет ҳисобига). Баъзан хасталик суст иммунитетнинг бўлмаслиги сабабли оғир ҳолда ўтиб, бактериял сепсисни эслатади.

Асоратлари. Аксари ёш болаларда учраб туради. Оғир асоратлардан бири — зотилжамдир. Шунингдек, синуситлар, стоматитлар, ларингит, отит, гоҳо энцефалит ҳам кузатилади.

Ташхиси. Гриппни ўткир респиратор, шунингдек, қизамиқ, кўкйўтал, қорин тифи каби касалликлар билан дифференциал ташхис қилиш лозим. Лаборатория усулларида гемагглютинация реакцияси, гемагглютинацияни тўхтатиш реакцияси ёрдамида (жуфт зардобларда) вирусни нейтралловчи антителолар титрининг ўсишини аниқлаш, риноцитоскопия, шунингдек, вирусни ажратиш усулларида фойдаланилади.

Оқибати. Касаллик ёш болаларда бир қадар оғирроқ кечади. Асоратларнинг қўшилиб қолиши прогностни қийинлаштиради.

Даволаш. Асосан симптоматик (кўрпа-тўшак қилиб ётиш; иссиқ қилиш, тўла қимматли овқатланиш, аце-

тилсалицил кислотаси, амидопирин бериб) даво қилинади. Антибиотиклар ва сульфаниламидлар ёш болаларда асоратларнинг келиб чиқиш хаёфи туғилганда ва улар пайдо бўлганда тайинланади.

Профилактикаси. Умумий санитария-профилактика тадбирларини кўриш, беморларни барвақт ажратиб қўйиш, болаларни мунтазам чиниқтириб бориш.

Грипп касаллиги авж олган ҳолларда, ўчоғда барча болаларга профилактика мақсадида интерферон бурун йўллариغا 2 томчидан 1 кунда 4 маҳал томизилади. Бу тадбир эпидемиологик кузатиш даврининг бошидан охиригача ўтказилади. Бундан ташқари, болаларга эпидемиологик кўрсатмалар асосида вирусларга қарши синтетик дорилардан ремантадин гидрохлорид бериш мумкин. 1—9 ёшгача бўлган болаларга 4 мг/кг ҳисобидан, 9 ёшдан катта болаларга суткасига 150—200 мг дан берилади. Профилактика мақсадида кўкрак ёшидаги нимжон ва кўпинча бемор болаларга гриппга қарши иммуноглобулин (0.15 мг/кг) тайинланади.

ПАРАГРИПП (PARAGRIFFE)

Ўткир вирусли, юқумли касаллик бўлиб, қисқа муддатли иситма ва заҳарланиш, юқори нафас йўллари-нинг зарарланиши билан характерланади.

Этиологияси. Касаллик қўзғатувчиси думалоқ шаклли парагрипп вируслари бўлиб, таркибида РНК тутган бўлади. Парагрипп вирусларининг 4 хил серотипи ажратилган.

Эпидемиологияси. Инфекция ҳаво-томчи йўли билан юқади. Бемор одам касаллик манбаи бўлиб ҳисобланади. Касаллик йилнинг совуқ вақтларида кўпаяди. Кўпроқ 2—3 ёшдаги болалар касалланадилар. 5 ёшга яқинлашган болаларнинг 90 фоизидан ортиғида парагрипп вирусига қарши антителолар бўлади.

Иммунитет специфик бўлиб, нисбатан турғун бўлади.

Патогенези. Парагрипп вируслари бола организмига юқори нафас йўллари-нинг шиллиқ пардалари орқали тушиб, нафас йўллари эпителийсини зарарлантиради. Инкубация даври қисқа, 2—3 кун бўлиб, қисқа муддатли вирусемия кузатилади, бунда организм заҳарланишининг бир қатор белгилари аниқланади.

Клиникаси. Касалликнинг асосий аломатлари юқори нафас йўллари-нинг зарарланиши белгиларидан

иборат бўлади. Касаллик ўткир, тана ҳароратининг кўтарилиши билан бошланади. Умумий заҳарланиш аломатлари камдан-кам ҳолларда кузатилиб, унчалик кучли бўлмайди.

Болаларда биринчи навбатда ташқи нафас йўлларининг катарал ўзгаришлари намоён бўлиб, жумладан кучли йўтал, бурун йўллариининг бекилиб қолиши, ларинготрахеит, бронхит ва баъзан бронхополит аниқланади. Енгил склерит, конъюнктивит кузатилиши мумкин. Круп кўпроқ 1 ёшдан 2—3 ёшгача бўлган болаларда ифодаланади. Касаллик узоқ давом этмайди, кам ҳолларда асоратлар (отит, синусит, пневмония) қолдиради, оқибати ёмон тугамайди. Парагриппнинг клиник маълумотларга қараб унга ташхис қўйиш анча мушкулдир. Кўпинча энг кўп тарқалган ва қулай бўлган серологик усулдан фойдаланилади. Янги зардоблардаги КБР ва ГАТР дан 7—10 кун оралитиб фойдаланилади. Усиб бориш давомида титр миқдорининг 4 марта ва ундан ошиши ташхис титри ҳисобланади. Парагриппни грипп ва вирус этиологияли (адено-рино, респиратор-синцитиал вируслар ва бошқ) бошқа респиратор касалликлар билан дифференциал ташхис қилиш зарур.

Давоси. Махсус даволаш усули йўқ. Даволаш симптоматик воситаларини тайинлашдан иборат. Асоратлар ривожланиб борган ҳолларда антибиотиклар қўлланади. Одатда қисқа даволаш курси давомида ампициллин ва бошқа синтетик антибиотиклар, шунингдек, яллиғланишга қарши воситалар, десенсибиловчи препаратлар, витаминлар, ингаляциялар тайинланади.

Профилактикаси. Грипп ёки бошқа шамоллаш касалликлари каби.

АДЕНОВИРУС КАСАЛЛИКЛАРИ

Аденовирус касалликлари иситма, юқори нафас йўллари, конъюнктивит, регионар лимфа безлари зарарланиши билан кечадиган ўткир юқумли касалликлар қаторига киради. Аденовируслар шамоллаган болаларнинг 5—10 фоизда кузатилади. У ДНК сақладиган вируслар туркумига кириб, умумий махсус антигенлар гуруҳига эга. Аденовирусларнинг кўп қисми каламуш ва резус маймунларнинг эритроцитларини агглютинация қилади. Болалар кўпинча 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 21 турдаги аденовирусларга чалинадилар. Аденовирус инфекцияси давомида ривожланадиган

иммунитет ўзига хос бўлиб, организмда узоқ сақланмайди.

Эпидемиологияси. Касал одам инфекция манбаи ҳисобланади. Касаллик асосан ҳаво-томчи йўли билан, баъзан ҳазм органлари орқали ҳам юқиши мумкин. Болалар муассасаларида баъзан касалликнинг авж олиш ҳоллари кузатилади.

Болаларнинг бу касалликка мойиллиги ҳамма ёшда, айниқса 6 ойликдан 3 ёшгача бўлган даврда кузатилади. Клиникаси хилма-хилдир, касаллик нафас йўлларининг турли қисмларини, шунингдек, кўз конъюнктивасини ҳам қамраб олади. Хасталик асосан нафас йўлларининг ўткир яллиғланиши, фарингит, пардали конъюнктивит, фаринго-конъюнктивитли иситма, атипик пневмония ҳолларида намоён бўлади.

Касаллик иситманинг юқори бўлиши, гоҳо икки тўлқинли ўтиши, баъзан эса интоксикация, юқори нафас йўлларининг яллиғланиши, ичнинг суyoқ келиши, кўпинча кўз конъюнктиваси (бир ёки икки томони) нинг зарарланиши билан кечади. Кўпинча дард чўзилиб кетиши мумкин. Гўдак болаларда бу касаллик ўпка хириллаши билан кечадиган пневмония билан оғир атипик ўтиши мумкин.

Аденовирус касалликларига эрта ташхис қўйиш усулларида бири иммунофлюоресценциядир. Шунингдек, вирусларни нейтраллайдиган ва комплемент боғловчи антителолар титрини аниқлашдан фойдаланилади, бунда антителоларнинг 4 марта ва бундан кўпроқ бошиши ташхис титри ҳисобланади.

Касаллик асоратлари ривожланган тақдирда ёшга мувофиқ миқдорда антибиотиклар тайинланади.

РЕСПИРАТОР-СИНЦИТИАЛ ИНФЕКЦИЯ (РСИ)

Болаларда нафас олиш аъзоларининг зарарланиши билан кечадиган ўткир юқумли касаллик бўлиб, у эмизикли ва ёш болаларда кўпинча бронхопневмония ва пневмония ривожлангани билан бирга давом этади.

РСИ вируси таркибида РНК тутадиган вирусларга мансуб бўлиб, парамиксовируслар оиласига киради. Вируслар ташқи муҳитга чидамсиз бўлиб, эфирнинг 20% ли эритмаси билан ишланганда парчаланиб кетади. Қиздирилганда инактивланади, дезинфекцияловчи воситалар таъсирида тезда ҳалок бўлади.

Эпидемиологияси. РСИ вируси ҳаво-томчи инфекциялари туркумига киради. Касаллик жуда юқумли

бўлиб, касал одам инфекция манбаи ҳисобланади. Бу касалликка мойиллик гўдак болаларда кучли бўлиб, уларнинг инфекцияга кўплаб чалиниши асосан қиш ойларида кузатилади. Она организмидан болага плацента орқали ўтган антителолар ҳимоя аҳамиятига эга эмаслиги аниқланган. Ҳимоя механизмида асосан нафас йўлидаги шиллиқ қаватнинг маҳаллий механизмлари муҳимдир. Бемор организмида ўзига хос махсус антителолар ишлаб чиқарилади.

Шиллиқ қаватнинг шишиши ва бронхиоланинг спазм бўлишидан нафас олиш қийинлашади, натижада эмфизема ривожланади. Шу билан бирга иккаламчи инфекция ҳам юзага келиши мумкин.

Клиникаси. Инкубацион давр 2 кундан 7 кунгача. Касаллик тумовдан, фарингитдан, аксирешдан бошланиб, бунда интоксикация белгилари умуман бўлмаслиги мумкин. Иситма субфебрил кечади. Боланинг бурун тешикларидан мўл сероз суюқлик келади, у оғиздан нафас олади, чақалоқлар жуда бесаранжом бўлиб, эммай қўядилар ва яхши ўхлай олмайдилар. Ўпка эшитиб кўрилганда (нафас олинганда) қисқа нам хириллашлар эшитилади. Бурунлаб оралиғида цианоз пайдо бўлиб, шамоллаш учуқлари пайдо бўлади. Кўкрак қафаси рентген орқали текширилганда унчалик ўзгаришлар кузатилмайди, баъзан эмфизема бўлганлиги аниқланади. Респиратор-синцитиал инфекциянинг клиник тури унинг қандай кечишига боғлиқ. Бу касаллик катта ёшдаги болаларда кичик ёшдаги болаларга қараганда енгилроқ кечади. Периферик қонда лейкоцитлар миқдори ўзгармайди. ЭЧТ (эритроцитларнинг чўкиш тезлиги) нормал ҳолда бўлади.

Ташхиси. Ташхис клиник ва эпидемиологик кўрсаткичларга асосланиб қўйилади. Янги қон зардобдаги вирусни нейтраллайдиган титрнинг ошиб боришини аниқлаш ҳам муҳим аҳамиятга эга. Шунингдек, ҳалқумдан олинган суртмани антителоларнинг флюоресцирланиш усули орқали ҳам махсус антителолар аниқланади.

Дифференциал ташхис турли этиологияли УРҚ гуруҳи билан ҳам аниқланади.

Давоси. Касалликнинг енгил турида кислород билан ингаляция қилиш, овқатланишни тўғри ташкил этиш, бронхоспастик ҳолатларда ва асоратлар ривожланганда одатдаги терапевтик миқдорларда антибиотиклар ва спазмолитик воситалар тайинлаш зарур. Махсус даволаш усули йўқ.

Риновиринг инфекция

Ўткир юқумли тумов касаллиги бўлиб, ринит билан характерланадиган риновиринглар гуруҳи орқали юзага келади, умумий интоксикация ҳоллари кучсиз намоён бўлади.

Риновиринглар таркибида РНК тутадиган вируслар туркумига киради. Уларнинг 3 серологик тури мавжуд. Бемор ва вирус ташувчилар инфекция манбаи бўлиб ҳисобланади. Инфекция ҳаво-томчи йўли билан юқади.

Бактериал дизентерия (шигеллөз)

Ўткир юқумли касаллик бўлиб, турли хилдаги шигеллалар орқали юзага келади, умумий интоксикация билан кечади, қорин тутиб-тутиб оғрийди, ахлат шилим-шиқ ва қон аралаш бўлиб, суюқ келади.

Этиологияси. Қўзғатувчиси тўрт асосий кўринишга эга бўлган шигеллалар гуруҳига мансуб бактерия бўлиб, уларнинг номи қуйидагичадир: Григорьев — Шига, Штуцер — Шмитц Флекснер ва Зонне. Турли кўринишдаги дизентерия микробларининг солиштирма оғирлиги, уларнинг этиологик тузилишига қараб, вақти-вақти билан ўзгариб туради. Қўзғатувчи ташқи муҳитда етарли даражада резистент бўлиб, маълум шароитларда бир неча ойгача яшай олади.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи беморлар ва ташувчилардир. Бемор касалланишнинг биринчи кунидеъ юқумли бўлиб қолади, чунки у ўз ахлати орқали кўп миқдорда микроблар ажратади. Дизентерия касаллиги бўлган бемор вақтида аниқланмаганда ҳам касаллик кўплаб тарқалиши мумкин. Худди шундай «Соғлом» ташувчилар ичагида камдан-кам ҳолларда патологик ўзгаришлар (касалликнинг симптомсиз тури) аниқланади. Инфекция қўзғатувчининг қандайдир йўл билан оғизга тушиши орқали юқади.

Шигеллалар айрим турларининг турли ҳудудларда тарқалиши, асосан инфекцияларнинг турлича йўллари билан тарқалишига боғлиқ, инфекциянинг сув йўли орқали ўтишида Флекснер шигеллалари туфайли юзага келган дизентерия ўз аҳамиятини йўқотмайди, озиқ-овқат орқали ўтишида эса асосан Зонне шигеллалари дизентерияси юзага келади.

Ёш болаларга касаллик асосан бевосита контакт орқали юқади. Дизентерия учун ёзги-кузги мавсумий-

лик хосдир. Бу касаллик билан ёш болалардан тортиб катта ёшли болалар ҳам оғрийдилар.

Иммунитетнинг ўзига хослиги кўзгатувчининг кўринишига қараб (серологик турда ҳам), унинг моноспецификлигидадир.

Клиникаси. Дизентериянинг клиник тури организмнинг реактивлигига (сезувчанлигига), унинг қандай ҳолатда эканлигига ва дастлабки носпецифик сенсбилизациясига боғлиқ. Инкубацион даври 1 кундан 7 кунгача давом этади. Оғирлиги бўйича, касалликнинг енгил, ўртача оғирликда, оғир ва токсик турлари фарқ қилинади, типи бўйича маҳаллий (ичаклардаги) ўзгаришлар устун турувчи ва умумий (токсик) ўзгаришлар устун турувчиларга бўлинади. Касаллик одатда ўткир бошланади, кўпинча ҳарорат кўтарилиб, ҳолсизлик, баъзан қайт қилиш, қоринда оғриқ ва тез-тез ич кетиши кузатилади. Ахлат суюқ бўлиб, яшил рангда, шилимшиқ ва кўпинча қон аралаш кетади. Оғир ҳолларда ичакдан келаётган суюқлик ахлат тусини йўқотади. Йўғон ичак (айниқса сигмасимон ичак)нинг спазми, ичакларнинг дам бўлиши, орқа чиқарув тешигининг бўшашиб қолиши ҳам характерли белгилардан ҳисобланади. Касаллик енгил кечганда 3—5 марта, оғир ҳолларда 15—20 мартагача ич кетиши мумкин. Касаллик бир неча кундан 2—3 ойгача ва ундан ортиқ (сурункали кечганда) давом этиши мумкин. Касаллик енгил кечганда умумий интоксикация белгилари унчалик кучли бўлмасдан, умумий ҳолсизлик, иштаҳанинг пасайиши кузатилади, касаллик оғир кечганда (айниқса токсик турида) умумий интоксикация белгилар кучли намоён бўлиб, иситма юқори бўлади, ҳушдан кетиш, адинамия, қайт қилиш, қалтираш, юрак томир фаолиятининг пасайиши аниқланади. Гўдак болаларда касаллик кечишининг ўзига хос хусусиятларидан бири ичакларда бўладиган ўзгаришларнинг кучли намоён бўлмаслигидир. Уларда камдан-кам ҳоллардагина ахлат хусусиятини йўқотади, у кўпинча диспептик хусусиятга эга бўлиб, қон аралаш ич кетиши кўпинча кузатилмай, ўрнига унинг эквиваленти кузатилади (дефекация вақтида болалар йиғлайдилар, юзлари қизариб кетади, анус атрофи қизариб, терлайди). Кўпинча дизентерияли илеит кузатилиб, бунда касаллик жуда оғир ўтади (юқори ҳарорат, кучли қайт қилиш, метеоризм кузатилиб, ич кетиш энтеритлардаги каби бўлади). Касалликнинг токсик тури 1 ёшгача бўлган болаларда аниқланмайди, лекин уларда кўпинча иккилам-

чи токсикозлар келиб чиқадики, уларнинг асосида моддалар алмашинувининг чуқур бузилиши ётади. Буларнинг ҳаммаси инфекцион ёки ноинфекцион таъсирларнинг оқибати бўлиши мумкин. Иккиламчи токсикозларнинг клиникаси умумий аҳволнинг ёмонлашуви, тез-тез қайт қилиш, адинамия, организмнинг сувсизланиб қолиши ва озиб кетишда намоён бўлади.

Дизентериянинг кечишида турли касаллик ва асоратларнинг қўшилиши сабабли касалликнинг рецидивлари кузатилиши мумкин. Дизентерия ўткир турининг сурункали турига ўтиши камдан-кам кузатилиб (2--3 фоиз ҳолларда), баъзан бунда ташхис ўткир дизентерияни бошидан ўтказган болаларда келиб чиқадиган ичаклар дисфункцияси натижасида хато қўйилади.

Касаллик асоратлари (ичаклардан қон кетиши, тўғри ичакнинг тушиши, оқсилсиз шишлар ва бошқа) камдан-кам учрайди. Кўпинча иккиламчи инфекциянинг қўшилиши натижасида келиб чиқадиган асоратлар (отит, пневмония, пиодермия, пиурия) кузатилади, бу асоратлар гўдак ёшдаги болаларда кўпроқ учрайди.

Ташхиси. Клиник белгилар асосида, эпидемиологик анамнезни ҳисобга олган ҳолда ва лаборатория усулларида фойдаланиб, ташхис қўйилади. Ахлатни бактериологик текшириш катта аҳамиятга эга. Дизентерия микробларини экма усулда олиш анча беқарордир. (15 дан 60 фоизгача). Агглютинация реакцияси (Видал) ҳам дизентерия таёқчалари культураси билан маълум диагностик аҳамиятга эгадир. Бу реакция Зонне учун 1:100, бошқа турлар учун 1:200 эритмасида исботловчи ҳисобланиб, унинг қайтадан қўйилиши аҳамиятга эгадир. Касаллик динамикасида ПГАР дан фойдаланилади. Натижасини копрологик усулда текшириш ҳам бевосита аҳамиятга эга (лейкоцитлар ва айниқса эритроцитларнинг ахлатда кўпайиб кетиши ҳисобга олинади). Катта ёшдаги болаларда ректороманоскопия қўлланиб, гўдак ёшдаги болаларда бу нарса ман этилади.

Дизентерияни келиб чиқиши жиҳатидан турлича бўлган колитлардан, ичаклар колиинфекциясидан, токсик диспепсиядан, парентерал диспепсиядан, лямблиоздан, тўғри ичак колитларидан ва ичак инвагинацияларидан дифференциал ташхис қилиш лозим. Сальмонеллеларда, ичаклар инвагинациясида, шартли патоген микроблар сабаб бўлган диареяларда, амёба дизенте-

рияларида, гижжа инвазиясида болаларда касалликнинг бирдан бошланиши, бетоқатланиш кузатилиб, ахлат фақат шилимшиқ моддадан иборат бўлади.

Ташхисга тўғри ичакни бармоқ билан текшириш (инвагинатни ушлаш, бармоқларда қон пайдо бўлиши) ҳам яхши ёрдам беради.

Прогнози. Дизентериянинг оқибати организмнинг химояланиш кучига боғлиқ бўлади. Кўпинча касаллик енгил кечсада, лекин ўлим ҳоллари ҳам учраб туради.

Даволаш. Тўғри ташкил этилган кун тартиби, диққат билан беморга қараш, рационал парҳездан иборат. Беморларни госпитализация қилганда реинфекциянинг олдини олиш мақсадида реконвалесцентларни ўткир беморлар билан бирга ётқизиш мумкин эмас. Парҳез бемор ёшини ҳисобга олган ҳолда тайинланиши лозим. Касалликнинг ўткир даврида овқат ичакларни авайлайдиган бўлиши, лекин бемор оч қоладиган даражада бўлмаслиги керак. Кўкрак ёшидаги болалар учун яхши даволаш таоми — бу кўкрак сутидир, овқат билан сутли аралашмалар (кефир) бериш керак. Каттароқ ёшдаги болаларга аралаш углевод-оқсилли парҳез таомлар бериш тавсия этилади.

Дизентерияни даволашда антибиотиклар кенг қўлланади (полимиксин, канамицин). Невиграмон, фуразолидон 5—7 кун давомида берилади. Дизентериянинг токсик турида дифференциал регидратация ўтказилади. Масалан, биринчи ўринга нейротоксикоз синдромининг белгилари чиқиб олса, венага юқори осмотик концентрацияли эритмалар (10—20% ли глюкоза 20—40 мл, плазма 50 мл ва ундан кўпроқ поливинил пирролидон) юбориш лозим.

Токсикоз эксикоз билан биргаликда кечган беморларда регидратация ўтказилади. Организмнинг сувсизланиши билан кечадиган эксикозда (серҳаракатлилиқ, бетоқатлиқ уйқусизлиқ, чанқоқлиқ, фонтансимон қайт қилиш, сийдикнинг камайиб кетиши, мия лиқилдоғининг пастга тушиб кетиши) вена ичига 5—10% ли глюкоза ва тузли эритмалар (Рингер эритмаси, физиологик эритма ёки 2 ёки 3 : 1 нисбатда) юборилиши лозим. Туз камайиб кетиши билан кечадиган эксикозда (беҳоллиқ, адинамия, ҳушдан кетиш, цианоз, тахикардия, қон босимининг тушиб кетиши, жигарнинг шишиши) 1 ёшдан катта бўлган болаларда юқорида кўрсатилган нисбат аксинча бўлиб, 1 ёшдан кичик болалар учун тузли эритмаларнинг миқдори юбориладиган барча суюқликнинг 50 фоизини ташкил этиши. кейин-

чаллик эса 20—30% гача камайтирилиши керак. Юбориладиган суюқликнинг умумий миқдори 1 суткада ташкил 1 кг оғирлигига 80—150 мл ни ташкил этиш лозим.

Токсикоз синдроми эксикоз билан биргаликда кечганда калий тузлари даволашнинг зарур компоненти ҳисобланиб, 1 суткада тана оғирлигининг ҳар 1 кг вазнига 40—80—150 мг ҳисобида берилади.

Даволаш. 5—10 кунни ташкил этади. Токсикоз оғир кечган вақтида буйрак усти безлари пўстлоқ қисмининг гормонлари қўлланади. Преднизолон 1—3 мг ёки кортизон суткасига ҳар 2—3 кунда бу доза 30—50% га камайтирилади. Даволаш курси 4—7 кунни ташкил этади.

Физиотерапиядан кенг фойдаланиш мақсадга мувофиқ бўлиб, турли ўсимликларнинг (мойчечак, сариқ чой) қайнатмалари ичилади, витаминлар, дисбактериознинг олдини олиш учун биопрепаратлар (лактобактерин, бифидум бактерин) қўлланади.

Дизентериянинг сурункали турида стимулловчи терапия катта аҳамиятга эга (гемотрансфузия, гамма-глобулин, пентоксил, метацил, ферментлар, витаминлар, аскорбин, никотин кислоталар, В- гуруҳ витаминлари). Аллергияга қарши ва симптоматик даво қўлланади.

Асоратлар. Умумий қонунларга асосланиб даво қилинади. Ўткир дизентерияни бошидан кечирганларни махсус санатория бўлимларига ўтказиш тавсия этилади.

Болаларни даволаш қуйидаги шартларга амал қилган ҳолда, уйда ҳам олиб борилиши мумкин: касал болани бошқа болалардан ажратиб қўйиш, зарур санитария-гигиена қоидаларига амал қилиш, беморни тўғри парваришлаш, тўғри овқатлантириш ва врач кўрсатмаларини аниқ бажариш, врач-педиатрнинг касалликнинг ўткир вақтида бемор олдида кундалик ташрифини ташкил этиш.

Профилактикаси. Санитария-профилактика чоратадбирлари умумий характерга эга бўлиб, турар жойларни ободонлаштириш, санитария назоратини ўрнатиш (пашшаларга қарши кураш, ташиб юрувчиларни аниқлаш ва уларни даволаш, беморларни эрта ажратиб қўйиш) дан иборат. Даволаш тугагандан сўнг 1—2 кундан кейин ўтказилган бактериал текшириш яхши натижа берса, беморнинг касалхонадан чиқишига рухсат этилади. Болаларга касалхонадан чиққанлари-

дан сўнг 1 ойдан кейин яслига боришга рухсат этилади. Улар орасида сушт профилактика ўтказилмайди.

Учогда ўтказиладиган чора-тадбирлар: а) беморларни аниқлаш ва изоляция қилиш; б) ташувчиларни аниқлаш ва даволаш; в) доимий дезинфекция ўтказиш; г) сурункали дизентерияли беморларни, реконвалесцентларни ва ташувчиларни диспансер назоратига олиш; д) санитария шароитларини яхшилаш; в) санитария ташвиқотини олиб бориш.

ДИФТЕРИЯ (DIPHTERIA)

Инфекциянинг кириш дарвозаси соҳасида фибриноз яллиғланиш аниқланадиган, юрак-томир ва асаб системаси зарарланиши билан кечадиган ўткир юқумли касалликдир.

Этиологияси. Қўзғатувчи — дифтерия таёқчаси. Унинг асосий хусусияти ўсиш даврида ўзидан касаллик патогенезида муҳим аҳамиятга эга бўлган токсин ажратиб чиқаришидир.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи — дифтерия билан оғриган бемор ёки бактерия ташувчидир. Инфекция асосан ҳаво-томчи йўли билан ўтади. Қўзғатувчи бир мунча чидамлилиги туфайли ҳар хил буюмлар, шунингдек, камдан-кам ҳолларда озиқ-овқат маҳсулотлари орқали ҳам ўтиши мумкин. Бемор инкубация даврининг охириги кунларидан бошлаб юқумли бўлиб қолади ва касалликнинг бошидан-охиригача ва баъзан ундан кейин ҳам ўзининг шу ҳолатини сақлайди. Касаллик эпидемиологиясида унинг ноаниқ тури, яъни касалликнинг аниқланмай қолиши ҳам катта аҳамиятга эга. Дифтерия ташувчанликка инфекция ташувчилар каби касаллар билан бевосита контактда бўлиб турадиган соғлом одамлар ҳам сабаб бўлиши мумкин. Дифтерияга 1 ёшдан то 5—7 ёшгача бўлган болалар бир мунча берилувчан бўлсалар-да, бу касаллик билан янги туғилган чақалоқлар ҳам оғриши мумкин. Дифтерияга берилувчанлик организмда дифтерия антитоксинининг етарли миқдорда бўлмаслиги билан изоҳланади. Бу Шик реакцияси орқали аниқланади: 1/40 бўлган дифтерия токсинидан тери остига 0,1 мл юборилади, терининг 1 см диаметра қизариши ва инфильтрация пайдо бўлиши (мусбат реакция) организмнинг бу касалликка берилувчанлигидан дарак беради. Касаллик ўтгандан сўнг организмда бошқа бо-

лаларда учрайдиган инфекцияларга қараганда беқарор махсус иммунитет пайдо бўлади.

Патогенези. Инфекцияга томоқ, бурун, юқори нафас йўлларининг шиллиқ пардалари кириш дарвозалари бўлиб хизмат қилади, баъзан касаллик қўзғатувчиси кўз конъюнктиваси, ташқи жинсий аъзоларнинг шиллиқ пардаси ва шикастланган тери орқали организмга тушади. Дифтерия микроби тушган жойда фибриноз яллиғланиш кузатилади ва у ердан организмга қон, лимфа ва бошқа йўллар орқали токсинлар тарқай бошлайди. Фибриноз яллиғланиш юзaroқ, крупоз яллиғланиш эса бирмунча чуқурроқ жойлашган бўлади. Бунда дифтерик характер касб этиб, тўқималардан ажраладиган фибриноз парда ҳосил бўлади. Шу жараёнда қон тўлиб оқиши натижасида регионар лимфатик туғунлар катталашади, ҳужайра элементларида баъзан тўсатдан тери ости клетчаткасини қоплаб оладиган шиш пайдо бўлади. Организмга яна токсинлар тушиши нерв системасини, юрак-томир ва эндокрин системасини заҳарлаб ишдан чиқаради, қон айланишини бузади, юрак мушакларини ва буйракни шикастлайди, фалажлик ривожланади.

Клиникаси. Инкубацион давр 2 кундан 10 кунгача давом этади. Патологик жараённинг қаерда ривожланишига қараб, касалликнинг клиник тури хилма-хил бўлади. Дифтериянинг оғиз, бурун, ҳалқум, трахея ва бронх, кўз, ташқи жинсий аъзолар, тери, киндик яралари (болаларда) пайдо бўлиши, шунингдек, оғиз ва бурун, ҳалқум ва ҳиқилдоқнинг шикастланиши билан бирга кечадиган хиллари мавжуд.

Ҳалқум дифтерияси бирмунча кўп учрайдиган турларига киради ва бу ҳам ўз навбатида локализацияланган (оролсимон ва пардасимон), шунингдек, I, II, III даражали токсик турларга бўлинади. Эмланган болаларда дифтериянинг кўпинча оролсимон (енгил) тури учрайдики, бунда бодомча безларининг юзасида оқ карашлар пайдо бўлади. Дифтериянинг локализацияланган турида пардасимон оқ карашлар бодомча безларидан бошқа жойларда кузатилмайди. Аввал улар қуюқ ўргимчак тури кўринишида бўлади (бодомча безлари катталашган ва озгина қизарган бўлади), тез орада оқимтир-кулранг тус олади, тўқималарга ёпишиб кўчириб олинганда ўша жой қонаб туради. Беморларда озгина заҳарланиш белгилари пайдо бўлади, ҳарорат 38° гача кўтарилади, овқат ютганда томоқ бир оз оғрийди. Дифтериянинг тарқалган турида ин-

токсикация белгилари якқол юзага чиқади, ҳарорат юқори бўлади, карашлар зичроқ жойлашиб, бутун бодомча безларидан ташқари, ҳалқумнинг шиллиқ пардасини, танглай равоқларини, юмшоқ танглайни, тилчайи, ютқин деворларини қоплайди. Дифтериянинг токсик тури сенсibilланган организмнинг гиперергик реакцияси билан намоён бўлиб, кенг маҳаллий шикастланишлар ва умумий аҳволининг ёмонлашуви билан кечади. Ҳароратнинг кўтарилиши, бош оғриши, эт увишиши, қайт қилиш, бўйин лимфа тугунларининг катталашиши, якқол бодомча безларида чегараланмаган ва унча катта бўлмаган карашларнинг пайдо бўлиши унинг энг биринчи белгилари ҳисобланади. Кейинчалик караш тез тарқалиб кетади, ҳалқум шиллиқ қаватида ва лимфатик тугунлар соҳасидаги бўйин тери ости клетчаткасида шиш пайдо бўлади. Бўйиндаги шишнинг катта-кичиклигига қараб дифтериянинг I даражадаги токсик тури (шишнинг бўйин ярмигача тарқалиши), II даражаси (ўмровгача) ва III даражаси (ўмровдан пастгача) фарқ қилинади. Дифтериянинг токсик турида оғиздан чучмал-қўланса ҳид келиб туради, нафас ҳаракатлари қийинлашиб, шовқин чиқарадиган, хириллайдиган бўлиб қолади. Дифтериянинг турли кўринишдаги субтоксик, гипертоксик (жадал), геморрагик (шикастланган шиллиқ қаватлардан қон оқиши, қон қуйилиши) ва гангреноз (оғиз ва ютқин тўқималарининг парчаланиши билан кечадиган) турлари мавжуд бўлиб, булардан охиргиси камдан-кам учрайди.

Ҳиқилдоқ дифтерияси ёки чин дифтерия крупн кўпинча 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган болаларда учрайди. Қасалликнинг бу турида товуш бўғиқ бўлиб қолади, йўтал зўраяди, нафас олиш стеноitik бўлади. Бу симптомлар иккиламчи крупдан фарқ қилиб, тўсатдан пайдо бўлмасдан аста-секин 1—3 кун давомида пайдо бўлади. Стеноз нафас олиш анча шовқинли, хириллаш билан кечади, бунга сабаб, ҳаво томоғининг қисилган тешигидан чиқиб, кўкракнинг осон босиладиган соҳасининг нафас олиш вақтида ботишидир. Дифтерия крупининг турли кўринишларидан бирига ўзининг оғир кечиши билан ажралиб турадиган тарқоқ круп ҳам киради.

Бурун дифтерияси. Бу касалликнинг пардали (бурун шиллиқ қаватида, бурун тўсиғида, бурун чиганоғида, бурун бўшлиғи деворларида фибриноз пардалар ҳосил бўлади) ва катарал-яралли (бунда бурундан олдин сероз, кейин эса сероз-қонли суюқлик ажралади

ва бурун тешиклари атрофидаги терини таъсирлаб, натижада тери ёрилади) турлари мавжуд. Дифтериянинг локал (кўз, тери, жароҳат юзларида, жинсий аъзоларда учрайдиган) тури бирмунча камроқ учрайди.

Кўз дифтерияси. Қовоқнинг шишиши, қон аралаш йиринг ажралиши билан кечади. Конъюнктивада кулранг-оқимтир пардалар кўриниб туради.

Тери дифтерияси. Терининг шикастланган жойларида, бўйинда, бурун остида кузатилади. Терида гиперемия, шиш ва кулранг фибриноз пардалар пайдо бўлади.

Жароҳат дифтерияси. Жароҳат юзаси кулранг-қўнғир қарашлар билан қопланади, сероз-йирингли, баъзан қонли ажралмалар пайдо бўлади.

Киндик яраси дифтерияси. Янги туғилган чақалоқларда типик фибриноз йирингли қарашлар ва тез битиб кетмайдиган яралар пайдо бўлади.

Дифтериянинг асоратлари. Организмга токсинли таъсир этиши билан изоҳланади ва кўпроқ касалликнинг токсинли турида учрайди. Асоратларга қон айланишининг бузилиши, миокардит, чегараланган фалажлар, полиневрит ва нефроз киради. Буларнинг ичида бирмунча хавфлироғи касаллик 1-ҳафтасининг охирида ва 2-ҳафтасининг бошида ривожланиши мумкин бўлган миокардитдир. Умумий аҳволнинг ёмонлашуви, ранг оқариши, тахикардия, юрак чегарасининг кенгайиши, юрак тонларининг бўғиқ эшитилиши, аритмия, систолик шовқин, жигарнинг катталашуви миокардит симптомлари ҳисобланади.

Фалажлар. Касалликнинг 1-ҳафтасида юмшоқ танглай ёки аккомодациянинг фалажланиши каби чегараланган, шунингдек, умуртқанинг суст фалажланиши турида намоён бўладиган полиневрит (бирмунча кечроқ — касалликнинг 3-ҳафтасида юзага чиқадиган) кўринишида бўлади. Унинг илк белгилари бўлиб, аynиқса бармоқларда кўпроқ билинадиган пайлар рефлексининг пасайиб, кейинроқ эса умуман йўқолиб кетиши ҳисобланади. Баъзан буларга нафас мушакларининг (ҳиқилдоқ, қовурғалараро мушаклар, диафрагма) фалажланиши қўшилиб келиши мумкинки, бу ҳол беморларнинг ҳаётига катта хавф туғдириши мумкин. Оғир миокардит ҳолларида мия томирларида эмболия натижасида ҳосил бўладиган фалажланиш камроқ учрайди. Буйрак томонидан бўладиган асоратлар — токсик нефроз кўринишидаги (альбуминурия, цилиндру-

рия, өзгина гематурия) етишмовчиликка сабаб бўлади. Круп-ҳолларида энг кўп учрайдиган асоратларга иккиламчи (коккли) флора юзага чиқадиган пневмония киради.

Ташхиси. Дифтериянинг ташхиси клиник кўрсатмаларига асосланиб аниқланади. Дифтерияга шубҳа қилинган ҳар қандай беморни аниқ ташхис қўйиш учун касалхонанинг диагностика бўлимига ётқизиш зарур. Диагностикада бактериологик усул муҳим ёрдамчи усул бўлиб ҳисобланади. Бунда касалликнинг маҳаллий ўчоғида (кўпинча оғиз шиллиқ қаватидан) олинган экмани Леффлер муҳитига, шунингдек, қон қўшилган теллуридли агарга экиб текширилади. Бу усулда узул-кесил жавоб 24—28 соат, баъзан бундан кўпроқ муддатда олингани учун ташхис қўйиш чўзилиб кетади.

Манфий натижа дифтерия йўқ эканлигига далолат бўлавермайди. Ретроспектив ташхис қўйиш учун агглютинация реакциясидан фойдаланилади (янги зардобда антитело титрининг ошиб бориши). Дифтериянинг дифференциал ташхис қилишда скарлатина, турли этиологияли ангина ва энг аввал Симановский-Винцент ангинаси, инфекцион моноклеоз, эпидемик паротит, сохта круп, турли этиологияли ларингитлар (кўпинча вирусли), ютқин абсцесси, турли этиологияли пардали конъюнктивалар (кўпинча аденовирусли)ни назарда тутиш лозим.

Прогнози. Эмлаш ишларини кенг миқёсда олиб бориш касалликнинг анча камайишига олиб келади. Ҳалқум дифтерияси кўпинча катарал ёки лакунар ангина кўринишида кечади, асоратлари енгил ўтади, камданкам ҳолларда ўлим билан тугайди.

Давоси. Дифтерия, айниқса унинг токсик тури билан оғирган беморлар ўрин-кўрпа қилиб ётишлари лозим. Бу касалликнинг қанча давом этишига, унинг оғир-енгиллигига, асоратлари бор-йўқлигига қараб белгиланади. Дифтерияни даволашда беморга иложи борица эртaroқ антитоксик зардоб юборишнинг аҳамияти катта. Зардоб Безредко усулида юборилади. Зардобнинг бир марталик юбориладиган миқдори касалликнинг оғир-енгиллигига, жойлашувига, касалланган муддатига қараб 5000 дан 50000 ХБ гача бўлади. Ҳалқум дифтериясининг локализацияланган турида 10000 дан 20000 ХБ гача, тарқоқ турида 20000—30000 ХБ гача, II даражали токсик турида 60000 дан 80000 ХБ гача, III даражали ва геморрагик дифтерияда 100 000 дан

120 000 гача, I даражали токсик турида 20000 дан 50000 ХБ гача, крупда 40000 дан 50000 ХБ гача юборилади. Қасалликнинг клиник кечишига қараб, зардоб қасалликнинг кейинги кунлари қайта юборилиши мумкин. Токсик дифтерияда дезинтоксикация мақсадида плазманинг 10—20% ли эритмасини 30 мл дан 100 мл гача, глюкоза эса 15—30 мл дан юборилади. Шунингдек, бир гуруҳли қоннинг (40—50 мл) гемотрансфузиясини ҳам ишлатиш мумкин. Катга миқдордаги қуйидаги витаминлар юборилади: аскорбин кислотаси кунига 300 дан 600 мг гача (никотин кислотаси кунига 2—3 маротаба 15—30 мг дан ва бундан кўпроқ).

Иккиламчи стрептококк инфекциялари бўлган ҳолларда одатдаги миқдорда антибиотиклар (пенициллин, тетрациклин ва бошқ) тайинланади. Токсик дифтерияда 4—6 ҳафта мобайнида одатдаги миқдорда венага ёки тери остига стрихнин юборилади. Оғир интоксикация ҳолларида эса антибиотиклар билан бирга стероид гармонлар (кортизон, преднизолон, преднизон) тайинланади. Юрак дорилари кўрсатмага қараб берилади. Крупни даволашда нафас йўли стенозига қарши курашиш асосий ўринни эгаллайди, бунда беморга тинч шароит яратилади. Иссиқ муолажалар (иссиқ ванна, буғли ингаляция), тоза салқин ҳаво, кислород терапияси қўлланади. Терининг оқариб бориши, цианоз, бесаранжомлик ёки сустлик, кўп терлаш, нафас олинганда пульснинг пасайиши интубация ёки трахеотомия учун кўрсатма бўла олади. Интубация қилиш мақсадга мувофиқдир. Бемор қасалхонадан тузалишига қараб, икки маротаба манфий натижали бактериологик текширишдан сўнг чиқариб юборилади ва поликлиника кузатуви остида туради. Бактерия ташувчанлик билан жадал кураш организм умумий резистентлигини ошириш ва оғиз бўшлиғини тетрациклин гуруҳига оид антибиотиклар ёрдамида санация қилиш орқали олиб борилади. Сурункали тонзиллит ва аденоид билан оғриган болалар кўплаб бактерия ташувчиликка сабаб бўлишлари мумкин. Бундай болаларни жарроҳлик йўли билан даволаш (тонзиллоэктомия ва аденотомия) самарали бўлмоқда. Эмлаш ишларини кенг миқёсда ва сифатли олиб бориш ҳам бактерия ташувчилигининг эпидемиологик хавфини бирмунча камайтиради.

Профилактикаси. Ҳамма болаларга дифтерияга қарши вакцина юбориш шартдир. Вакцинациялаш қўшма препарат — кўкйўтал-дифтерия-қоқшол зардоби билан

олиб борилади. Бирламчи вакцина 3 ойли болаларга юборилади. Вакцина 45 кундан оралатиб уч маротаба юборилади. Ревакцинация икки маротаба вакцинация тамомлангандан сўнг 1,5—2 йил ўтказиб ва бола 3 ёш-далигида ўтказилади. Моновакцина (дифтерия анатоксини) билан кўкйўтал билан оғриб ўтган болалар ва кўкйўтал зардоби билан эмланган болалар эмланадилар. Ўтказилган вакцинациянинг натижаси қандайлигини ПГАР орқали текширилади.

Ташкилий профилактика чора-тадбирлари бўлиб, дифтерияга гумон қилинган беморларни дарҳол касалхонага ётқизиш, доимий ва якунловчи дезинфекция қилиш, бемор билан бевосита контакта бўлганларни бактериологик текшириш ҳисобланади.

КАМПИЛОБАКТЕРИОЗ (CAMPULOBACTERIOSIS)

Касаллик зооноз табиатли ўткир хасталикдир. Турли хил серотиплари орқали юзага келади. Ўткир бошланади, иситма кўтарилиши, асосан меъда-ичак йўлининг зарарланиши билан характерланади. Янги туғилган чақалоқларда кўпинча септик кўринишдаги касаллик билан бирга кечади.

Этиологияси. Кампилобактериознинг қўзғатувчиси бўлиб — *Campylobacter fetus jejuni* каби турли серотипдаги бактериялар ҳисобланади. Кампилобактериознинг ҳайвонлар орасида тарқалган бошқа турлари одам учун хавф туғдирмайди.

Кампилобактериялар эгилган тиниш белгиси шаклидаги (вибрион), 5—2 мкм узунликдаги, 0,3—0,5 мкм қаллиликдаги хивчинли серҳаракат грамманфий таёкчадир. Уларнинг ипсимон шаклдагилари ҳам учрайди. 1% глицерин қўшилган агар муҳитида ўсади. Ўсиш учун энг қулай шароит 37°C. Қон қўшилган муҳит гемолизга сабаб бўлмайди, ўзидан индол ва аммиак ажратмайди, желатинани қуюқлаштирмайди, сутни ивितмайди, сероводород ҳосил қилади. Термостабил (иссиқликка чидамли) О-антигени ва термолабил Н-антигенлари мавжуд. Бруцеллалар билан антиген боғланиши қайд этилган. Қўзғатувчи 23 серотипга (вариантга) бўлинса-да, одам патологиясида биринчи учтасигина аҳамиятга эга. Кампилобактериоз касаллигининг деярли ярмини шу қўзғатувчилар келтириб чиқаради.

Қўзғатувчи қиздирилганда тезда инактивланади. Хона ҳароратида 2 ҳафтагача, пичан, сув, гўнгда 3

ҳафтагача, ҳайвонларнинг музлаган танасида бир неча ойгача яшайди. Денгиз чўчқачалари ва олмахон учун патогендир. Эритромицин, левомецетин, канамицин, тетрациклин, гентамицинга сезгир, пенициллинга сезгирлиги камроқ. Сульфаниламид препаратларига, гри-метампримга деярли сезувчан бўлмайди.

Эпидемиологияси. Касаллик дунёнинг кўпгина мамлакатларида, шу жумладан Марказий Осиёда ҳам учрайди. Асосан уй ва қишлоқ хўжалик ҳайвонлари инфекциянинг резервуари ва манбаи бўлиб ҳисобланади.

Кампилобактерияларни ташувчанлик қуёнларда, мушукларда ва ўрдакларда кўпроқ кузатилади. Кемирувчилар ҳам қўзғатувчини ташиши мумкин. Одамга қўзғатувчи асосан ҳайвон ажратмалари тушган сув ва маҳсулотлар орқали юқади. Қўзғатувчи одамдан ҳам юқиши мумкин. Бунга янги туғилган чақалоқларнинг касалланишини мисол қилиб келтириш мумкин. Соғлом одамларда ҳам бактерия ташувчанлик (I фоиз атрофида) учраб туради. Ҳайвонлар билан ишлайдиган шахсларда касаллик касбий характерда бўлади. Касалланган ҳайвонлар билан бевосита контактда бўлган шахсларда касаллик (айниқса ҳайвонларнинг юнгини олиш ва улар болалаётган пайтда) кўпроқ аниқланиши мумкин. Инфекция билан зарарланган ҳайвон гўштини яхши пиширмасдан истеъмол қилганда ҳам касаллик юқиши мумкин. Яхши пастеризация қилинган сутни ичганда ҳам касалланиш ҳоллари аниқланган. Кўпинча болалар (янги туғилган чақалоқлар ва мактабгача ёшдаги болалар), ҳомиладор аёллар, нимжон ва кекса одамлар бу касалликка берилувчан бўладилар.

Патогенези. Қўзғатувчи меъда-ичак йўлига асосан алиментар йўл орқали ўтади. Баъзи ҳолларда касал ҳайвонларга ёрдам берилаётганда қўзғатувчи терининг шикастланган жойи орқали ўтиши ҳам мумкин. Меъда-ичак йўлларида ва инфекция кирган жой соҳасида яллиғланиш ўзгаришлари пайдо бўлади. Кейин бактериemia ва уруғланиш жараёнлари бошланади. Ҳомиладор аёлларда инфекциянинг трансплацентар йўл билан ўтиши туфайли бола тушиши ёки ҳомила зарарланиши мумкин. Заифлашиб қолган одамларда касаллик турли аъзоларда иккиламчи ўчоқлар (эндокардит, менингит, энцефалит, перитонит ва бошқ.) шаклланиши билан септик кечиши мумкин.

Кампилобактериознинг шундай кечиши жигар цир-

розида, кахексияда, шунингдек, янги туғилган чақалоқлар ва кексаларда ҳам кузатилади. Кўп қайт қилиш ва ичнинг мунтазам кетиб туриши организмнинг сувсизланишига, шок ҳолатига, буйрак етишмовчилигига олиб келади. Яхши иммун системасига эга бўлган, яъни кучини йўқотмаган шахсларда бу касаллик клиник жиҳатдан яққол юзага чиқмайди (субклиник тури, соғлом бактерия ташувчанлик).

Клиникаси. Инкубацион давр 1 кундан 6 кунгача (кўпинча 1—2 кун) давом этади. Клиник кечишига қараб касаллик қуйдаги турларга бўлинади: 1) гастроинтестинал, 2) ёйилган септик, 3) сурункали, 4) субклиник (бактерия ташувчанлик).

Кўпинча гастроинтестинал тури кузатилади. Болаларда диарея касалликлари орасида кампилобактериоз 3 дан 31 фоизини ташкил қилади. Касаллик кўпинча бола ҳаётининг биринчи йилида учрайди. Касалликнинг бу турлари спорадик ҳолат кўринишида катталарда ҳам учраб туради. Хасталик ўткир бошланиб; иситма, умумий интоксикация симптомлари ва гастроэнтерит синдроми пайдо бўлади. Беморлар кўнгил айланишидан, эпигастрал соҳада оғриқдан шикоят қиладилар, кўпинча қайт қиладилар. Ич суюқ, кўпикли, қон аралаш шилимшиқ бўлиб, кўп келади. Сувсизланиш симптомлари (тери ва шиллиқ қаватларнинг кўчиши, баъзи беморларда қисқа вақт қалтираш) ривожланиши мумкин. Болаларда ҳарорат пайдо бўлиб, умумий интоксикация белгилари яққол сезилади, уларнинг ахлатида шилимшиқ ва қон қайд қилинади, организмнинг сувсизланиши ривожланади.

Касалликнинг тарқалган (генерализацияланган) тури бола ҳаётининг биринчи ойларида кузатилади. Касаллик ҳароратнинг юқори бўлиши, ҳарорат чизигининг сутка мобайнида ўзгариб туриши, озиб кетиш, анемия билан ифодаланади. Хасталик бактериемияли сепсис кўринишида, аъзоларнинг шикастланиши билан кечади. Кўпинча қайт қилиш, ичбуруғ, сувсизланиш, жигарнинг катталашиши аниқланади.

Айни пайтда пневмония, перитонит, жигар ва бош мия абцесси ривожланади. Шунингдек, буйрак ва миокардларда микроабсцесслар кузатилади. Баъзи беморларда диссеминирланган томир ичи қон ивиш синдроми ривожланади. Шунингдек, инфекцион-токсик шок аниқланади. Кампилобактериознинг субклиник (симптомсиз) турининг ўчоғи асосан соғлом одамларни текширганда кузатилади. Бу ахлатдан қўзғатувчиларнинг

ажралиб чиқиши ва қон зардобда махсус антителоларнинг кўпайиб бориши билан характерланади.

Қасаллик бошиданоқ суст, хроник (қасалликнинг ўткир босқичларисиз) турда кечади. Иситма субфебрил кечиб, беҳоллик, кўп терлаш, меҳнат қобилиятининг, иштаҳанинг пасайиши, асабийлашиш, алоқ-чалоқ тушлар кўриш, озиб кетиш қайд этилади. Шу билан бирга айрим беморларда кўнгил айниши, баъзан қайт қилиш, ичнинг бузилиши, баъзан фарингит кузатилади. Камдан-кам ҳолларда (инфекция суст кечаётганда) артрит, тромбофлебит, эндокардит, перикардит, плевра эмфиземаси кузатилади. Баъзан навбатдаги хуружларда менингит (сероз ёки йирингли) белгилари пайдо бўлиши мумкин.

Ташхиси. Кампилобактериоз клиник кўринишларининг турли-туманлиги, бу қасалликнинг клиник жиҳатидан аниқлашни анча қийинлаштиради. Шунингдек, бунда эпидемиологик тахминларни (ҳайвонлар билан бевосита алоқада бўлиш, қасалликнинг гуруҳли характери) ҳам назарда тутиш лозим. Ташхис ахлатда, қонда, мия суюқлигида, абсцесслардаги йирингда, аборт қилинган ҳомила тўқималарида қўзғатувчи бор эканлиги аниқлангандан сўнг қўйилади. Экма учун таркибида тиогликолят, бриллиант яшили бўлган махсус селектив қаттиқ озиқали муҳитдан ёки таркибида антибиотиклар бўлган 5% ли қўй ёки от қони бўлган триптиказосояли бульондан фойдаланилади. Ретроспектив ташхис учун 10—14 кун оралатиб олинган янги зардоб ишлатилади. Антителолар борлигини аниқлаш учун турли реакциялардан (КБР, ГАТР, микроагглютинация, иммунофлюоресцент усулидан) фойдаланилади.

Дифференциал ташхис қилиш. Қасалликнинг гастроинтестинал турини бошқа этиологияли гастроэнтеритлардан, салмонеллёз, Зонне дизентерияси, стафилококк этиологияли озиқ-овқатдан заҳарланишлардан, организмда сувсизланиш бўлса, вабодан дифференциал ташхис қилинади. Кампилобактериознинг генерализацияланган (ёйилган) турини бошқа этиологияли сепсислардан дифференциалланади.

Қонда қўзғатувчи борлиги аниқлангандагина ташхис тасдиқланади. Хасталикни бошқа сурункали юқумли қасалликлар (бруцеллёз, токсоплазмозлар) дан ҳам ажрата билиш зарур.

Давоси. Этиотроп терапияда эритромицин ва гентамицин бирмунча яхши натижа беради. Бошқа анти-

биотиклар (канамицин, карбенициллин) дан ҳам фойдаланиш мумкин бўлса-да, уларнинг нафи камроқ бўлади. Сувсизланиш синдромида регидратация ўтказилади. Касалликнинг сурункали турида 7—10 кун ора-латиб, такроран умумий қувват берувчи даво билан бирга турли антибиотиклар билан даволаш курси ҳам ўтказилади.

Прогнози. Касалликнинг оқибати ёмон тугамайди. Унинг генерализацияланган (септик) турида, болалар-да оқибати баъзан ёмон бўлиши мумкин.

Профилактикаси ва касаллик ўчоғидаги чора-тадбирлар. Инфекцияни ҳайвонлар орасида тугатиш, шахсий гигиенага риоя қилиш, озиқ-овқат маҳсулотларини ифлосланишдан сақлаш, гўшт маҳсулотларига иссиқ ишлов бериш касаллик тарқалишига қарши чора-тадбирлардан ҳисобланади. Махсус профилактика чора-тадбирлари ишлаб чиқилмаган. Бемор атрофидагилар учун алоҳида хавф туғдирмайди. Беморни клиник кўрсатмаларга мувофиқ касалхонага жойлаштирилади.

КОЛИНФЕКЦИЯ

Ичак бактериялари авлодига мансуб бўлган ичак патоген микроблари келтириб чиқарадиган ўткир касалликдир.

Этиологияси. (011, 055, 026, ва бошқ) Соматик антигенлари бўйича фарқланадиган ичак таёқчалари энтероген штаммларининг турли серологик турлари бу касалликнинг қўзғатувчисидир.

Колиинфекциянинг қўзғатувчилари (ЭПЧТ) грамманфий ҳаракатчан таёқчалардир, улар мураккаб антиген таркибига эга бўлиб, қиздирилганда тез инактивланади. Ичак таёқчалари қуйидагича классификация қилинади: 1) энтеропатогенли—I гуруҳ; 2) энтероинвазион—II гуруҳ; 3) энтеротоксигенли—III гуруҳ; 4) ўраб олувчи—IV гуруҳ. Колиинфекция қўзғатувчилари ташқи муҳитга чидамлидир.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи бўлиб, ўзидан қўллаб қўзғатувчилар ажратадиган ва инфекцияни ташиб юрадиган бемор бола ҳисобланади. Касаллик бемор билан бевосита алоқада бўлганда юқади. Эндоген инфекция эҳтимоли ҳам мавжуд. Мазкур инфекцияга бола ҳаётининг биринчи ойларида ва янги туғилган чақалоқлар мойил бўлади.

Ичак таёқчаларининг маълум серотиплари болалар яслиларида, болалар соматик касалхоналарида ич-

буруғ эпидемияси тарқалишида этиологик омил бўлиб хизмат қилади. Қасаллик бутун йил мобайнида қайд этилади. Ёпиқ болалар муассасаларида қиш ойларида ҳам касаллик тарқалиши мумкин. Бу хасталикка ёш ва нимжон, тез-тез касал бўлиб турадиган болалар мойилроқ бўлади.

Патогенези. Коллиинфекция қўзғатувчилари ингичка ичакда жойлашиб, у ерда кўпаяди. Ичакда энтерит белгилари аниқланади. Коллиинфекция токсинлари (иссиқликка ўртача чидамли бўлган фракцияси) вабо токсинларига яқиндир. Токсинлар ичак эпителий ҳужайраларига боғланиб, аденилциклазани фаоллаштиради ва натижада кўплаб сув ва хлоридлар ажралиб чиқа бошлайди. Иссиқликка чидамли бўлган энтеротоксин меъда-ичак йўлининг секретор фаоллигини оширади.

Инвазион штаммлар ичак эпителийлари ҳужайраларига ўтиб, худди шигеллаларга ўхшаб кўпайиш хусусиятига эга.

Клиникаси. Инкубацион даври 1 кундан 20 кунгача давом этади. Қасалликнинг клиник намоён бўлиши жуда хилма хилдир. Қасаллик иситма кўтарилиши, заҳарланиш симптомлари, ич кетиши, қайт қилиш каби белгилар билан ўткир бошланади.

Беморнинг ичи суяқ, сувсимон, оч-сарик рангда, баъзан кўкимтир шилимшиқ бўлиб, тез-тез келади. Кўпинча метеоризм кузатилади. Хасталикнинг оғир шаклларида эксикоз билан бирга токсикоз ривожланади. Қасалликнинг енгил, ўртача оғир ва оғир, шунингдек, яширин ва абортив турлари мавжуд. Отит ва пневмония унинг кўп учрайдиган асоратларидир.

Прогнози. Қасаллик натижаси боланинг ёшига, унинг преморбид ҳолатига, маълум даражада қўзғатувчининг серологик турига боғлиқ. 0111 туридаги серологик инфекция туфайли юзага келган касаллик анча оғир кечади.

Ташхиси. Ташхисда ахлатдан, қусуқдан ёки меъдани ювилган сувдан ажратиб олинган ичак таёқчаларининг патоген штаммларини бактериологик текшириш ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Шунингдек, серологик усуллари (агглютинация ва гемагглютинация реакциялари) дан фойдаланилади. Бу реакциялар касаллик авж олиб бораётганда, антителолар титрининг ўсиб боришини ҳисобга олган ҳолда ишлатилади. Қасалликни дифференциал ташхис қилганда дизентерия, сальмонеллэзлар, шунингдек, дено ва энтеровирус касалликларни ҳам назарда тутиш лозим.

Давоси. Даволаш болалардаги бошқа ичак касалликлари каби олиб борилади. Антибиотиклардан (колимицин, гентамицин, канамицин ва полимиксин сульфат бир суткада 1 кг тана оғирлигига 25—50 мг ҳисобида) юбориб 5—7 кун даво қилинганда яхши натижа беради.

Профилактикаси. Касалликнинг профилактикасида чақалоқларни тўғри эмизиш, кун тартибига амал қилиш, юксак турмуш гигиенаси, ўткир ичак касаллиги билан оғриган беморларни диагностика бўлимига дарҳол алоҳида ётқизиш муҳим аҳамиятга эга. Мактабгача болалар муассасаларига ва мактаб интернатига қатнайдиган болалар касалхонадан чиқарилишидан олдин патоген ичак таёқчаси бор йўқлигига бир марта текширилганда манфий натижа олиниши лозим. Бемор бола аниқланган болалар муассасалари дезинфекция қилинади. Бемор билан мулоқотда бўлган болалар бактериологик текширилади.

КЎКЎЎТАЛ (PERTUSSIS)

Этиологияси. Нафас йўллари, марказий нерв системаси зарарланиши ва спазматик йўтал билан кечадиган касалликдир. Кўкўтал ва паракўкўталнинг клиник кўринишлари ўхшашдир.

Кўкўтал қўзғатувчиси ҳаракатсиз, грамманфий таёқча бўлиб, глицерин-картошка-қонли агарда яхши ўсади. Қўзғатувчи ўсиш жараёни ва ҳаёти давомида ўзидан токсинли моддалар ажратиб чиқаради.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи энг биринчи кунлардан то касалликнинг спазматик давригача, яъни 3—4 ҳафтагача инфекция тарқатиб юрадиган бемор одамлар. Касаллик яширин ва симптомсиз кечганда катта эпидемиологик аҳамиятга эга бўлиши мумкин. У ҳаво-томчи йўл билан, асосан беморлар билан бевоҳида алоқада бўлганда юқади. Хасталикка мойиллик чақалоқлардан тўғри катта ёшли одамларда ҳам кузатилади. Касалланиш 1 ёшдан 5 ёшгача бўлган болалар ўртасида кўпроқ қайд этилади. Кўкўтал билан оғриган бемор тузалиб кетгандан сўнг, унда турғун иммунитет пайдо бўлса-да, баъзан иккинчи маротаба касалланиш ҳоллари ҳам кузатилади.

Патогенези. Юқори нафас йўллари шиллиқ қавати инфекциянинг кириш дарвозаси бўлиб хизмат қилади. Касаллик патогенезида ўз ҳаёти давомида токсин ажра-

тиб чиқарадиган кўкйўтал микробининг аҳамияти катта. Нафас йўлларидаги нерв рецепторларининг узоқ вақт мудом таъсирланиб туриши натижасида нафас марказида аста-секин домий кўзғалиш ўчоғи шакллана бошлайди. Шундай қилиб, йўтал талваса тусини олади ва кўкйўтал учун характерли бўлган қатор синдромлар (артериал босимнинг ошиши, қайт қилиш, титраб-қақшаш) пайдо бўлади. Касаллик жараёнида аста-секин гипоксемия ҳодисаси ривожланиб боради, ўз навбатида нафас олиш ва қон айланиши бузилиши кучайиб боради.

Клиникаси. Касалликнинг инкубацион даври 3 кундан 15 кунгача, ўртача 5—8 кун давом этади. Касаллик кечиши уч даврга бўлинади: катарал, спазматик ва тузалиш даври. Катарал давр қуруқ йўтал пайдо бўлиши, бошида типик бўлмаган, баъзан иситманинг озгина ошиши, озгина билинадиган катарал ҳодисалар билан характерланади. Кейинги кунларда йўтал бўғиқ тус олади, кейин эса хуружсимон тус олиб, 10—12 кундан кейин спазматик йўталга айланади, бунда тез-тез йўтал силкиннишларига ҳос бўлган қисқа-қисқа конвульсив йўтал тутиб, у нафас ичига кетиб қоладигандек (реприз) чийиллаш билан кечади, унинг кетидан яна йўтал силкиннишлари ва яна реприз бўлиб давом этаверади. Йўтал хуружлари ёпишқоқ балғам ажралиши ва кўпинча қайт қилиш билан давом этади. Беморларнинг юзи шишиқираб қолади, терида ва склераларда қон қуйилиб қолиши кузатилади.

Тил юганчасида оқ караш қопланган ярача (тиши чиққан болаларда) аниқланади. Қонда ЭЧТ (эритроцитлар чўкиш тезлиги), нормал ёки секинлашган лейкоцитоз қайд этилади. Спазматик давр 2 ҳафтадан 8 ҳафтагача ва ундан кўпроқ давом этиши мумкин. Хуружлар орасидаги даврда болалар ўзларини яхши ҳис этадилар. Кейин касалликнинг тузалиш даври бошланади, йўтал камая бошлайди. Касаллик клиник жиҳатдан энгил кечадиган, ўртача оғир ва оғир кечадиган турларга бўлинади. Яширин ва абортив кечадиган, йўтал бўлмаган ёки кучсиз бўлган ҳолларда касаллик спазматик босқичига етмасдан ўтиб кетиши мумкин. Касаллик асоратлари, кўпинча ёш болаларда пневмония ёки нерв системаси зарарланиши ҳолида намоён бўлади. Майда ўчоқли пневмония чўзилиб кетиши билан ажралиб туради, у сурункали бўлиб қолиши мумкин. Кўпинча хасталик кўкйўтал жараёнида ўпканинг маълум бир қисмида ҳосил бўлган ателектазлар фониди келиб чи-

қади. Энцефалопатия тўсатдан тутқаноқ талвасалари тутиши, хушдан кетиш, баъзан нафаснинг тўхтаб қолиши билан намоён бўлади. Бош мия нервлари парези, эшитиш, сўзлаш, кўриш қобилятининг йўқолиши кабилар кўкйўталда нерв системаси томонидан бўладиган асоратлар жумласига киради.

Ташхиси. Қасалликнинг катарал босқичида ва яширин даврида ташхис қўйиш анча қийин бўлади. Беморларни диққат қилиб кузатиш билан бирга эпидемиологик анамнезни ҳисобга олган ҳолда йўталнинг кучайиб боришини (бемор ёки узоқ вақтдан бери йўталиб юрган бемор билан алоқада бўлиш) назарда тутиш, қон текширилгандаги кўрсаткичларни, йўтал пластинкасини бактериологик жиҳатдан текширишнинг ҳам аҳамияти катта. Тезда ташхис қўйиш учун бурун-ҳалқум йўлидан олинган материал флюоресцирланган антителолар усули билан текширилади. Ташхис қўйиш мақсадида бошқа кўрсаткичлар билан бирга кўкрак қафасини рентгеноскопия қилиш ҳам лозим. Ўпка тўқимасида инфильтрат, ателектазлар ва эмфизема, шунингдек, лимфа ва лимфа тугунларининг катталашганлиги ҳам аниқланади. Қасалликнинг кейинги босқичаларида серологик текшириш усуллари (комплементли боғлаш реакциясидан, агглютинация реакциясидан ва ПГАР) дан фойдаланиш мумкин. Кўкйўтални грипп ва бошқа шамоллаш касалликлари билан бирга, бронхоаденит сили, чин ва сохта круп, шунингдек, нафас йўлига ёт жисмнинг кириб қолиши ва парақўкйўтал билан дифференциал ташхис қилинади. Бола қанчалик ёш бўлса, касаллик шунчалик оғир кечади.

Прогнози. Профилактика мақсадида эмлаш ишларининг кенг миқёсда ўтказилиши натижасида кўкйўтал енгил, кам асоратлар билан кечади. Оқибати оғир бўлган ҳоллар кам кузатилади. Ўлимнинг асосий сабаблари — ўпка ва нерв асоратларидир.

Давоси. Тоза ҳавода кўпроқ бўлиш, кун тартиби ва овқатланишни тўғри ташкил этиш касалликни даволашда муҳим аҳамият касб этади. Антибиотиклардан левомицетин, ампициллин, эритромицинлар одатдаги миқдорда иложи борица эртароқ тайинланиши зарур. Даволаш курси 8—15 кун давом этади. Кўкйўталга қарши махсус иммуноглобулиндан 1—2 кун оралатиб 3 мл ва ундан ортиқ миқдорда берилиши ҳам яхши натижа беради. Қасалликнинг кейинги босқичларида, яъни йўтал, қайт қилиш, бесаранжомлик, уйқунинг бузилиши ҳолларида нейроплегик таъсир этадиган дорилардан (сут-

касига 1 кг тана оғирлигига 2—3 ва 3—4 мл дан амни-назин ёки пропазин) 10—15 кун давомида бериб бори-лади. Касаллик асоратларини даволаш умумий кўрсат-малар, яъни кислород ускуналари ёрдамида ўтказила-диган оксигенотерапиядан, кенг фойдаланиш асосида олиб борилади. Касаллик сўрилиб кетганда стимуллов-чи терапиянинг турли кўринишлари тавсия этилади.

Профилактикаси. Йўтали аримаган беморларни ило-жи борица алоҳида ётқизиш ва 14 кун муддат билан ка-рантин белгилаш лозим. Болалар муассасаларида гўдак-лар учун карантин гуруҳларини тузиш, 6 ёшгача бўлган болаларга гаммаглобулин юбориш, беморлар билан му-лоқатда эҳтиёт чораларини кўриш, кўкйўтал-дифтерия-қоқшол вакцинаси ёрдамида фаол иммунизация ишла-рини ўтказиш ҳам касаллик профилактикасида муҳим аҳамиятга эга. Кўкйўтал вакцинаси дифтерия, қоқшол анатоксини (АКДС вакцинаси) билан бирга юборилади. АКДС вакцинаси биринчи маротаба чақалоқ 3 ойлик бўлгандан бошлаб 0,5 мл ва 45 кун оралатиб уч маро-таба юборилади. Ревакцинация эса бола 1—2 ёшдали-гида амалга оширилади. Кўкйўталга қарши вакцинация 70—90 фоиз ҳолларда яхши натижа беради.

Касаллик бошланишидан 30 кун муддатга бемор ало-ҳида ётқизилиши лозим. Ўчоқда дезинфекция ўтказиш шарт эмас, лекин хоналарни албатта шамоллатиш ва ҳўл латта билан артиб туриш керак.

ПАРАКЎКЙЎТАЛ (PARA PERTUSSIS)

Этиологияси. Қўзғатувчиси ўз хусусиятига кўра, кўкйўтал таёқчасига ўхшаш бўлиб, у кўкйўталдан фа-қат серологик йўл билан ажралиб туради. Эпидемиоло-гияси худди кўкйўталники кабидир. Инфекция ҳаво-томчи йўли билан юқади. Худди спорадик касаллик-даги хусусиятлари кузатилади. Кўкйўтал билан оғриган-лар паракўкйўтал билан кам ҳолларда касалланадилар, чунки баъзи иммунитет иккала касаллик учун ҳам бир-дек таъсир этиши мумкин.

Клиникаси. Касалликнинг инкубацион даври 7 кун-дан 15 кунгача (ўртача 10—11 кун) давом этади. Хас-талиқ кўпгина ҳолларда енгил ўтади ва баъзан кўкйў-талнинг енгил турларини эслатади. Иситма одатда нор-мал ёки субфебрил, йўтал эса худди кўкйўталдагидек бўлади, баъзи ҳолларда трахеал хусусият касб этади. Касаллик турлича давом этиб, 2—3 кундан 3 ҳафтагача

ва ундан кўпроққа чўзилади. Қонда баъзан лейкоцитоз ва лимфоцитоз аниқланади. Камдан-кам ҳолларда асорат беради. Кўкйўталдан бактериологик ва серологик текшириш орқали дифференциалланади.

Давоси. Симптоматик. Профилактикаси худди кўкйўталники каби.

ҚИЗИЛЧА (RUBEOLA)

Ўткир юқумли касаллик бўлиб, енгил интоксикация белгилари, доғли папулёз тошмалар, орқа бўйин, жағ олди лимфа тугунлари катталашиши билан характерланади.

Этиологияси. Қўзғатувчиси жуда кам юқумли, ташқи муҳитга чидамсизлиги билан ажралиб турадиган вирус. Юқори нафас йўллари шиллиқ қаватлари кириш дарвозаси бўлиб хизмат қилади.

Эпидемиологияси. Ўзига инфекция юқтирган бемор болалар биринчи кунданоқ касаллик манбаи бўлиб ҳисобланади. Касаллик авжига чиққан давридан бошлаб, тошмалар йўқолгунча хавфли бўлади. Ҳаво-томчи йўли орқали тарқалади. Болаларда қизилчага мойиллик анча юқори бўлади. Кўкрак ёшидаги болалар камроқ касалланадилар. Касал бўлиб ўтган одамда турғун иммунитет пайдо бўлади. Қизилча эпидемияси кўпинча баҳор ойларида кузатилади.

Клиникаси. Инкубацион даври 11 кундан 22 кунгача, ўртача 15—20 кун давом этади. Касалликнинг продромал даври бир оз иситма кўтарилиши билан, баъзан билинмай ўтиб кетади. Касаллик энса ва орқа бўйин лимфа тугунларининг катталашиши билан бошланади. Касаллик бошлангандан 1—3 кун ўтгач, юзда, бўйинда тез орада (баъзан бир неча соатда) бутун танага тарқаладиган қизил тошмалар пайдо бўлади. Тошмалар доғли папулёз кўринишида бўлиб, худди қизамиқ тошмаларига ўхшайди. Баъзи тошмаларнинг катталиги тўғноғичдек бўлса, баъзилари эса ясмиқ донидек келади. Улар асосан қўл-оёқларда, орқа ва думбада пайдо бўлади. Иситма нормал ёки кўтарилган (38° дан ошмайди) бўлиши мумкин. Оғиз шиллиқ қаватида энантема (тошма) кузатилади. Периферик қонда плазматик ҳужайралар миқдорининг ошганлиги қайд этилади. Асоратлари камдан-кам бўлади, асосан синовит, баъзан энцефалит кўринишида намоён бўлади.

Ташхиси. Клиник кўрсатмаларга асосланган бўлади. Қизамиқ, скарлатина, зардоб касалликлари, турли до-

рилар ва аллергиядан бўладиган тошмалардан дифференциалланади. Кўпинча қизилча қизамиқ билан адаштириб юборилади. Бу касаллик қизамиқдан продромал даври, Бельский — Филатов — Коплик симптомининг бўлмаслиги, тошмаларнинг босқичма-босқич тошиши ва уларнинг жойлашиши, лимфатик тугунларнинг мавжудлиги ва қондаги ўзгаришлар билан фарқ қилинади.

Прогнози. Ёмон эмас.

Даволаш шарт эмас. Бемор тошма тошган кундан бошлаб 6 кунгача алоҳида ётиши лозим.

ҚИЗАМИҚ (MORBILLI)

Иситма кўтарилиши, интоксикация, юқори нафас йўллари шиллиқ қаватининг зарарланиши, терида қизил тошмаларнинг пайдо бўлиши характерланадиган ўткир юқумли касалликдир.

Этиологияси. Касаллик қўзғатувчиси жуда «учувчан», ташқи муҳитга чидамсиз бўлган филтрланувчи вирусдир. Қизамиқ вируси парамиксовируслар оиласига кириб, таркибида РНК-полимераза, мураккаб антигенлар тутади. Вирионнинг асосий суббирликлари — гемагглютинин, гемолизин, нуклеокапсид ва мембрана оқсили иммуногенлиги даражаси бўйича бир-биридан фарқ қилади. Қўзғатувчи антибиотикларга анча чидамлидир.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи фақат қизамиқ билан оғриган бемор бўлиб, у касалликнинг биринчи белгилари пайдо бўлган даврдан бошлабоқ атрофдагилар учун хавфли бўлиб қолади. Аммо хасталикнинг 5-кунига келиб (пневмония асоратлари бўлганда 11-кундан бошлаб), юқумлилиқ хусусиятини йўқотади ва атрофдагилар учун хавфсиз бўлиб қолади. Инфекция асосан ҳаво-томчи йўли билан тарқалади. Касалликка мойиллик оналари қизамиқ билан оғриб ўтган, уч ойликкача бўлган чақалоқлардан бошқа ҳамма ёшдаги одамларда ҳам жуда юқоридир. Юқумлилиқ даражаси 90—95% ни ташкил қилади. Қизамиқ билан кўпроқ касалланиш 1 ёшдан тортиб 4—8 ёшгача бўлган болаларда қайд этилади. Кейинги йилларда эмлашнинг турли камчиликлари сабабли, қизамиқ катта ёшли одамлар орасида ҳам қайд этиляпти. Қизамиқ билан оғришнинг катта қисми ўспирин ёшларга, озроқ қисми эса катта ёшли одамларга тўғри келади.

Касаллик билан оғриш йилнинг ҳамма фаслларида қайд этилсада, аммо куз-қиш ойларида кўпроқ кузатилади. Касалликнинг қайталаниш ҳоллари камроқ уч-

Қизамиқ онлан оғриб ўтгандан сўнг одамда тур
ғун иммунитет пайдо бўлиши туфайли касалликнинг
қайталаниши кам учрайди.

Патогенези. Юқори нафас йўллари шиллиқ қавати
ва кўз инфекциянинг кириш дарвозаси бўлиб хизмат
қилади. Вирус организмга тушгач, қонда айланиб юради
ва нафас йўллари эпителийси ва марказий нерв систе-
маси ҳужайраларини зарарлантиради. Қизамиқ вируси
ўзгача тропизм ва МНС (марказий нерв системаси) ни
зарарлантириш хусусиятига эга. Қизамиқ организмни
аллергия ҳолатига келтириб, уни кескин заифлаштира-
ди, натижада иммункомпетент бўлган ҳужайралар еми-
рилиб, периферик қонда Т-лимфоцитлар сони камайиб
кетади. Т-иммун етишмовчилигининг кескин кўпайиши
айниқса гўдак болаларда кузатилади. Қизамиқнинг ту-
залиши иммун жараёнлар ўтишига боғлиқдир. Қизамиқ
тошмаси инфекциян дерматитга ўхшаб кетади. Тошма-
лар тарқалиши, ўзида антиген сақлайдиган тери қоп-
лами ҳужайралари билан иммунжавобгар лимфоцит-
лар ўртасидаги реакция натижасидир. Қизамиқ билан
оғриш давомида бемор организмда чуқур реактив ўзга-
ришлар вужудга келадики, натижада унинг ҳимоя кучи-
нинг пасайиши сабабли бемор иккиламчи инфекцияга
берилувчан бўлиб қолиши, касаллик асорат қолдириши
мумкин.

Клиникаси. Касалликнинг инкубацион даври 9—10
кундан 14 кунгача, камдан-кам 17 кунгача, пассив им-
мунизация олган болаларда 21 кунгача чўзилиши мум-
кин. Касаллик уч даврга бўлинади. 3 кундан 5 кунгача
чўзиладиган катта продромал даври, тошма тошиш (3
кун) даври ва 2 ҳафтагача чўзиладиган реконвалесцен-
ция ёки пигментация даври шулар жумласидандир.
Қасалликнинг биринчи даврига беҳоллик, иситманинг
кўтарилиши, тумов, йўтал ва конъюнктивит хос бўлади.
Яна муҳим ташхисий белгилардан бири лунж шил-
лиқ пардасида қизил рангли ингичка гардиш билан
ўралган майда доғ — Бельский — Филатов — Коплик
доғлари ва қаттиқ танглайда экзантемаларнинг пайдо
бўлишидир. Тошма тошиш даврида қайтадан иситма кў-
тарилади. Тошма доғсимон папулёз кўринишида бўлиб,
1-куни қулоқлар орасини, 2-куни гавдани, 3—4-кунла-
ри қўл-оёқларни қоплайди. Тошма тошишнинг 4-кундан
бошлаб тошма қандай пайдо бўлган бўлса, худди шун-
дай йўқола бошлайди ва пигментация даврига ўтади.
Тошма қайтаётганда тери қипиқсимон майда пўст таш-
лайди. Бу даврга келиб, иситма пасаяди, катарал қолат-

лар камаяди, беморнинг умумий аҳволи яхшилана боради. Қонда инкубацион даврнинг охирига бориб, озгина лейкоцитоз ва нейтрофилёз, продромал даврида эса — лейкопения ва нейтропения, тошма тошиш даврида лейкопения, эозинопения, тромбоцитопения кузатилади. Иситманинг қайтадан кўтарилиши, айниқса гўдак ёшидаги болаларда кечиши мумкин бўлган пневмония каби асоратлардан дарак бериши мумкин. Шунингдек отит, ларингит, стоматит, кератит, диспепсия, терининг йирингли зарарланиши, нерв системасида оғир кечадиган энцефалит каби асоратлар ҳам кузатилади. Қизамиқ кўкйўтал, дизентерия каби касалликлар билан бирга ўтганда анча оғир кечади.

Митигирланган қизамиқ иситманинг нормал бўлиши, қизамиққа хос белгилар яққол кўзга ташланмасдан озгина тошмалар билан ўтиши мумкин. Қизамиқнинг бу турида Бельский — Филатов — Коплик симптомлари ҳам бўлмаслиги мумкин. Бу ҳолда касаллик қизамиққа учраган бемор билан алоқада бўлган-бўлмаганликка ва иммунопрофилактика мақсадида қизамиққа қарши қачон иммуноглобулин олинганлигига қараб белгиланади. Митигирланган қизамиқда асоратлар кузатилмайди.

Қизамиққа қарши тирик вакцина билан эмланган беморларда касаллик ўртача оғир ёки енгил ўтади.

Ташхиси. Бу касалликка ташхис иложи борица эрта, катарал ҳолатлар ва эпидемиологик анамнезни ҳисобга олган ҳолда Бельский — Филатов — Коплик симптоми борлигига асосланиб, катарал даврда қўйилиши керак.

Қизамиққа ташхис қўйишда вирусологик, иммунофлюоресцент ва серологик усуллардан фойдаланилади. Серологик усуллар вирус нейтраллайдиган ва гемагглютинация қилувчи антителолар сонини аниқлашдан иборат. Қон зардобидаги қизамиқ антителоларини аниқлаш учун комплемент боғловчи реакциядан (КБР), гемагглютинацияни тормозлайдиган реакциядан (ГАТР) кенг фойдаланилади.

Эгри гемагглютинация реакцияси (ЭГАР). Бу реакциялардан қизамиқ бошқа тошмали касалликлар билан бирга яширин, атипик кечаётганда фойдаланилади. Кўрсатилган реакцияларни касаллик авж олиб бораётган пайтда қўллаш лозим, чунки бу — қизамиқ инфекцияси бўлганда антителолар титри ошиб боришини қайд этишга имкон беради. Касалликни дифференциал ташхис қилаётганда ўРҚ, қизилча, скарлатина, инфекцион эритема, Лайел синдроми, зардоб касаллиги ва аллергия хусусиятли турли тошмаларни назарда тутиш лозим.

Прогнози. Касаллик кўпинча енгил кечади. Бу касаллик рахит, гипотрофия ва бошқа касалликлар билан оғриган гўдак болаларда оғир кечади. Упка асоратлари бўлганда оқибати ёмон бўлиши мумкин.

Асоратлари. Кўпинча асоратлари нафас аъзоларига, марказий нерв системасига (энцефалопатия, гўдак ёшидаги болаларда қизамиқ энцефалити) иккиламчи инфекциялар қўшилганда қайд этилади. Заифлашиб қолган беморларда комплекс ва узоқ вақт даволашни талаб этадиган турли асоратларнинг бирга учраши (марказий нерв системаси, нафас йўллари, меъда-ичак йўли) кузатилади.

Давоси. Касалликни даволашда яхши ташкил этилган гигиеник шарт-шароитлар, яхши парвариш, сифатли овқатлантириш ва беморни иккиламчи инфекциялардан сақлаш кабиларнинг аҳамияти катта. Антибиотиклар фақат асоратлар (пневмония, отит) бўлган ҳолларда тайинланади. Антибиотиклар асоратларнинг қандайлигига ва уларнинг клиник жиҳатдан нафига қараб белгиланади.

Профилактикаси. Касаллик профилактикасида касални эрта аниқлаш ва ажратиб қўйиш, шунингдек, бемор билан алоқада бўлган 3 ёшдан 8 ёшгача бўлган болалар учун карантин тайинлаш муҳимдир. Карантин муддати серологик профилактика ўтказилиши лозим бўлган болалар учун 21 кун, бошқа болалар учун 17 кун тайинланади. Карантинда бўлган болалар бемор билан алоқада бўлгандан бошлаб 8 кун ўтгандан сўнг болалар муассасаларига қўйилмайди.

Қизамиқ профилактикасида пассив иммунизация ёки серологик профилактика, яъни қизамиқ билан оғриган болалар билан алоқада бўлган болаларга соғлом одам зардобидан тайёрланган иммуноглобулин юбориш катта аҳамият касб этади.

Серологик профилактика қизамиқ бўлган болалар билан алоқада бўлган ва қизамиқ билан илгари касаланмаган 3 ойликдан 4 ёшгача бўлган соғлом (шунингдек, ёшидан қатъи назар касал ва нимжон) болалар ўртасида ўтказилади. Серопротифактика учун иммуноглобулин қўлланади. Дори алоқада бўлган соғлом болаларга 1,5 мл миқдорда юборилади. 1 ёшгача бўлган, аралаш инфекцияли касал ва нимжон болаларга (шунингдек, препарат кеч юборилаётган бўлса) 3,0 мл миқдорда юборилади.

Пассив иммунизация бемор билан алоқада бўлгандан кейин 5—6 кун ичида ўтказилса, яхши самара беради.

Серологик профилактика ўтказилган болалар қизамиққа мутлақо чалинмайдилар ёки уни енгил ўтказадилар. Иммуноглобулин юбориш йўли билан ҳосил қилинган иммунитет 3—4 ҳафта давомидагина сақланиб туради. Шунинг учун ҳам бу вақт ўтгандан сўнг қайтадан алоқада бўлганда яна бир марта 1 мл иммуноглобулин юбориш лозим бўлади. Фаол иммунизация учун таркибида кучсизланган қизамиқ вирусини сақлаган (Л-16) вакцинадан фойдаланиб, бир марта тери остига юборилганда бола организмида қизамиққа қарши иммунитет ҳосил бўлади. Вакцина юборилгандан сўнг кўпинча қизамиқни эслатувчи реакция пайдо бўлади (ҳарорат кўтарилиб, тошмалар тошади), лекин бу бола саломатлиги учун унчалик хавфли эмас. Учоғда хона шамоллатиб, ҳўл латта билан артиб турилади.

Болаларда қизамиққа қарши иммунизация Л-16 қизамиқ вакцинаси билан ўтказилади. Тирик вакциналар билан қизамиққа қарши эмлашлар 10 ойликдан бошлаб 8 ёшгача ўтказилади. Қизамиқ бўлмаган болаларга 12 ойлик бўлганда даволаш ёки профилактика мақсадида иммуноглобулин қилинганда ўзида қизамиққа қарши антителолар тутган қон препаратлари юборилади ёки қон қўйилганда вакцинация ўтказилади. Қизамиқ вакцинасини қўллашга 3 ойдан кейингина рухсат этилади. Тирик вакцина билан вакцинация ўтказилгандан сўнг 2 ҳафта ўтгач, иммуноглобулин қилиш мумкин.

Декретизация гуруҳидаги иммунизация қилиш графиги бузилган болаларга иммунизация қилишга рухсат этилгандан сўнггина уни ўтказилади. Бунда қизамиққа қарши антителолар бор-йўқлигини аниқлаш мақсадга мувофиқдир, агар антителолар сони юқори титрларда бўлса, бола эмланмайди. Баъзи ҳолларда эпидемик кўрсатмаларга қараб эмлашлар зудлик билан ўтказилади.

Қизамиқ билан касалланмаган ва унга қарши эмланмаган 2 ёшдан ошган болалар тезда эмлаишлари зарур. 3 ойликдан 12 ойликгача бўлган болаларга 3,0 мл иммуноглобулин юборилади. Болаларда қизамиққа қарши иммунитетни аниқлаш мақсадида махсус ГАТР ва ПГАР антителолари аниқланади. Антитело титри ГАТР нинг 1:4 ва ундан юқори бўлиши, ПГАР-нинг 1:10 ва ундан юқори бўлиши боланинг қизамиққа берилмаслигидан дарак беради.

«Хавфли гуруҳга» кирувчи болалар учун, уларнинг ёшидан ва қизамиққа қарши профилактик эмлашларнинг ўтказилиши даражасидан қатъи назар, ўзига хос

эмлашлар графигини тузиш лозим бўлади. Қизамиққа қарши эмлашни ўтказишга рухсат этилмайди. Болаларда ўткир ва сурункали инфекцион касалликлар бўлганда, бундай болалар тузалганларидан сўнг 1 ойдан кейингина эмланадилар.

Клиник лаборатория ўзгаришлари билан сурункали касалликлари бўлган болаларни эмлаш масаласини ремиссиядан сўнг 1 ойдан кейин комиссия ҳал этади. Комиссия таркибида бўлим бошлиғи, участка педиатри, лозим бўлганда врач иммунолог ва махсус врачлар бўлади. Комиссиядан қон касалликлари ва ўсмалар билан оғриган, тухум оқсилга, мономицин ва аминогликозидлар гуруҳига мансуб (неомицин, канамицин, стрептомицин, дегидрострептомицин) антибиотикларга ўта сезувчан, иммунитет танқислигига дучор бўлган болалар ўтказилиб, бундай болаларга тузалганларидан кейин камида 6 ойдан сўнг эмлашга рухсат этилади.

ЛЕПТОСПИРОЗЛАР (LEPTOSPIROSIS)

Бу ўткир юқумли касаллик бўлиб, уни лептоспираларнинг турли серотиплари келтириб чиқаради. Хасталик иситма кўтарилиши, умумий интоксикация аломатлари, буйрак, жигар, нерв системасининг зарарланиши билан характерланади.

Лептоспирозлар табиий ўчоқли инфекциялар гуруҳига киради.

Лептоспирозларнинг турли типлари келтириб чиқардиган, сариқлик билан ва сариқликсиз кечадиган лептоспирозлар фарқ қилинади.

Этиологияси. Лептоспироз қўзғатувчилари — патоген лептоспираларнинг турли серотиплари ҳисобланади. Лептоспиралар ҳаракатчан, узунлиги 7—14 мкм бўлиб, сув ҳавзаларида 26 кунгача сақланади, овқат-маҳсулотларида 1—2 кун тирик қолади. Дезинфекцияловчи препаратлар таъсирида фаоллигини тез орада йўқотади. Пенициллин ва тетрациклинга нисбатан сезувчан бўлади.

Эпидемиологияси. Дала сичқонлари, каламушлар, бошқа ёввойи ва баъзи уй ҳайвонлари инфекция манбаидир. Касаллик инфекция тушган сув (чўмилганда, қишлоқ ҳўжалик ишларида) ва овқат орқали юқади. Спорадик, баъзан гуруҳли касалланиш, сариқлик бўлмасдан кечадиган лептоспирозларда жуда авж олиб кетиши (эпидемия) мумкин.

Патогенези. Ҳазм йўлининг шиллиқ пардалари, конъюнктива ва тери инфекциянинг кириш йўли бўлиб хизмат қилади.

Организмга лептоспиралар тушгандан сўнг, улар қонда аниқланади. Қўзғатувчилар гематоген йўл билан РЭС аъзоларига тушиб, у ерда йиғилиб кўпаяди, кейин қонга ўтади. Ҳафта охирига бориб қонда антителолар пайдо бўлади. Сариқликнинг келиб чиқишида гепатоцитларнинг зарарланишидан ташқари, гемолитик омил ҳам катта рол ўйнайди. Буйракларнинг зарарланиши ўчоғли геморрагик нефрит ва каналчаларнинг зарарланиши кўринишида намоён бўлади. Қасаллик бошдан кечирилгандан сўнг, узоқ давом этувчи мустаҳкам иммунитет ҳосил бўлади.

ВАСИЛЬЕВ — ВЕЙЛЬ КАСАЛЛИГИ

Клиникаси. Сариқ лептоспироз, яширин даври 3 кундан 14 кунгача (ўрта ҳисобда 7 кун) Қасаллик кучли қалтириш ва ҳароратнинг тез кўтарилиши билан бошланади. Ҳолсизлик, ланжлик, бош оғриш, энса ва болдир мускулларида кучли оғриқ сезилади. Юз қизариб (гиперемия), кўз ич пардаси томирлари кенгайиб кетади.

Кўпинча терига нуқтали геморрагик тошмалар (қизамиққа ўхшаш) тошади, 4—6 кун ҳарорат пасайиб, билирубинемия пайдо бўлади. Жигар катталашган бўлиб, оғриқ беради, аксари талоқ катталашади. Боланинг ахлати ўзгармайди. Ўткир нефрит ривожланиши мўмкин; олигурия, протеинурия, гематурия, цилиндрурия шулар жумласидандир. Кўпинча ликворнинг яллиғли ўзгаришлари билан давом этувчи менингеал синдром ривожланади. Сариқлик даври геморрагик синдром, тери ва шиллиқ пардаларга қон қуйилиши, бурундан, ичаклардан қон кетиши билан кузатилади. Қасаллик тўлқинсимон кечиб, янги-янги иситма тўлқинлари пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Хасталикнинг жигар ва буйракни зарарлантормасдан ўтадиган енгил турлари ҳам бор.

Асоратлари. Миокардит, зотилжам, отит, иридоциклитлар. Сариқликсиз кечадиган лептоспирозни лептоспираларнинг турли серотиплари келтириб чиқаради, уларнинг ҳар бири ўзининг биологик хўжайини (ёввойи ва уй ҳайвонлари)га эга бўлади. Мамлакатда лептоспирозли сув истимаси кенг тарқалган. Қасалликнинг бошланиши сариқ лептоспирозга ўхшаш бўлади. Сариқлик бутунлай бўлмайди ёки касаллик бир оз сариқлик билан кечади.

Сийдикда суст ифодаланган патологик ўзгаришлар қайд этилади. Қасаллик оқибати ёмон эмас.

Ташхиси. Қасалликка дифференциал ташхис қўйилганда, уни вирусли гепатитдан, безгак, туляремия, грипп ва паппатачи иситмасидан фарқ қилиш керак. Қўзгатувчини аниқлаш учун микроскопик текширув усулидан ёки яхшиси қонни экиш усулидан фойдаланилади. Лизис-агглютинация реакцияси ва комплемент боғлаш реакцияси қўлланади.

Давоси. 7—10 кун давомида катта миқдорда пенициллин тавсия этилади. Тетрациклин ишлатилганда яхши натижаларга эришилган. Махсус иммуноглобулиндан фойдаланилади. Жигар ва буйрак зарарланганда вирусли гепатит ва нефритни даволашдаги каби.

Профилактикаси. Каламушларни қириш, қорамол устидан ветеринария назоратини ўрнатиш, овқат маҳсулотларини каламушлардан сақлаш, чўмилиш ҳавзаларини қўриқлаш, шахсий профилактика. Эпидемик кўрсатмалар бўлганда лептоспирозли инактивацияланган вакцина билан болалар 7 ёшдан бошлаб 7—10 кун танаффус билан икки марта (2,0 ва 2,5 мл вакцина) эмланадилар.

ЛИСТЕРИОЗ (LISTERIOSIS)

Зоонозлар гуруҳига мансуб юқумли касалликдир. Одамларда бу касаллик ўткир сепсис (марказий нерв системаси, бодомча безларининг лимфа тугунлари, жигар, талоқнинг зарарланиши билан кечадиган) ёки сункали (яширин) кўрinishда учрайди.

Этиологияси. Қасаллик қўзгатувчиси — листериянинг калта (0,5—0,6 мкм) таёқчалари ёки коккбактериялари бўлиб, улар гемолиз сабаб бўла оладиган граммусбат аэроблардир. Листериялар пенициллин, тетрациклин қаторига кирувчи антибиотикларга, эритромицин ва левомицетинга нисбатан сезувчандир.

Эпидемиологияси. Табиатда кемирувчиларнинг кўпгина турлари инфекция манбаи бўлиб ҳисобланади (айниқса сичқонсимон кемирувчилар). Шунингдек, листерияларни кўпинча қишлоқ хўжалик ҳайвонларининг организми (чўчқа, от, қуён, товуқ ва ғозлар) дан ҳам олишга муваффақ бўлинган. Асосий юқиш йўли алиментар йўлдир. Ҳомиланинг она қорнида зарарланиши ҳам исботланган. Хасталик касал ҳайвонлардан одамларга контакт йўли орқали юқади. Инфекциянинг кана ва қон

сўрувчи ҳашаротлар орқали ўтгани деярли кузатилмайд.

Патогенези. Ҳазм йўлининг шиллиқ қавати инфекция дарвозаси бўлиб ҳисобланади. Қўзғатувчи бодомча безлари орқали кириши ҳам мумкин, буни специфик тонзиллит ва регионар лимфа тугунчаларининг зарарланиши кўрсатади. Қўзғатувчи қонга тушган вақтда ўткир иситма касаллиги юзага келади. Кейинчалик у ретикулоэндотелиал (жигар, талоқ, лимфа тугунлари) ва нерв системасида ўрнашиб олиб, менингит ва менингоэнцефалит каби касалликларга сабаб бўлади. Листериялар узоқ муддат буйракларда сақланиб, ҳомилани она қорнида зарарлантиради.

Клиникаси. Инкубацион давр 2—4 ҳафта давом этади. Листерия клиник жиҳатдан турлича кечади. Касалликнинг қуйидаги турлари мавжуд: а) ангиноз септик, б) кўз безсимон, в) безсимон, г) нерв турлари (менингит, менингоэнцефалит, энцефалит, психозлар), д) тифсимон, е) ҳомиладорлар листериози, ж) чақалоқлар листериози (септик кечиши) шулар жумласидандир.

Касалликнинг кечишига қараб ўткир, ўртача ўткир ва сурункали турлари ҳам фарқ қилинади.

Листериянинг ўткир тури бирданига бошланиб, тана ҳарорати кўтарилади, қалтираш бошланади, умумий интоксикация белгилари пайдо бўлади (бош оғриғи, уйқусизлик, мушакларда оғриқ, жиззакилик), иштаҳа йўқолади. Касаллик кўпинча энантема билан бирга кечади (йирик доғли ёки эритематоз тошма тошиб, йирик бўғимлар устида улар қўшилиб кетиши мумкин), юзда «капалак» кўринишида тошма тошади. Безсимон турида юқоридаги аломатлардан ташқари лимфа тугунлари бир оз катталашади ва оғриқ жағ ости, бўйин, қўлтиқ ости, мезентериал лимфа тугунларида пайдо бўлади. Листериянинг нерв системаси зарарланадиган турида менингеал симптомлар (энса мушакларининг тараңглашиши, Керинг — Брудзинский симптомлари) келиб чиқади. Орқа мия суюқлиги юқори босим остида оқиб чиқади ва унинг таркибида оқсил ва цитоз ошиб кетади. Қанд ва хлориднинг миқдори ўзгармайди. Энцефалит аломатлари кузатилиши мумкин.

Баъзан листериознинг клиникасида гастроэнтерит, ўткир гастроэнтерит ёки эндокардит аломатлари устунлик қилади. Листериянинг ўткир турида кўпинча жигар ва талоқ катталашади. Иситма 3 кундан 2 ҳафтагача чўзилиши мумкин.

Листериянинг бошқа турларидан бирмунча снгилроқ ксчадиган тури тери листериози бўлиб, бу тури ветеринар ва ҳайвонлар билан доимо ишлайдиган бошқа шахсларда учрайди.

Касалликнинг бу турида тери папулэз тошмалар тошгандек бўлиб, пуштулалар ичидаги йирингдан листерияларни ажратиб олиш мумкин.

Чақалоқларда листериоз оғир ўтади ва касалликнинг 50 фоизи ўлим билан тугаши мумкин. Касалликнинг асосий аломатлари иситма ($38-39^{\circ}\text{C}$ ва ундан юқори бўлиши мумкин), ҳаво етишмаслиги, буруннинг тўлиб қолиши, цианоз, фақатгина нафас йўллари зарарланиб қолмасдан, ўпкага ҳам ўтиши. Листериялар бронхопневмониянинг келиб чиқишига сабабчи бўлади, бунда бронхларда ҳаво ўтишининг бузилиши ва ателектазлар, йирингли плеврит келиб чиқиши мумкин. Баъзан пневмониялар интерстициал пневмония кўринишига ўтади. Кўпинча беморларда жигар катталашиб, сариқлик пайдо бўлади, камдан-кам ҳолларда талоқнинг катталашуви кузатилади. Сариқлик ва цианоздан ташқари айрим беморларда терининг оқариб кетиши, беморларнинг бирдан тўрт қисмида экзантема пайдо бўлади.

Менингеал аломатлар келиб чиқади, баъзан титраш, ноаниқ пай рефлекслари, фалажлик юзага келади. Фарингит, конъюнктивит, ич кетиш ҳоллари камроқ кузатилади. Бемор тузалгандан сўнг 15—20 фоиз реконвалесцентларда марказий нерв системасида резидуал аломатлар сақланиб қолади.

Касалликнинг сурункали турида листериялар одам организмида узоқ муддат клиник белгиларсиз сақланиб қолиши мумкин. Организм заифлашганда (узоқ муддат гормонал терапия, лимфогранулематоз, рак ва бошқа касалликларда) листериоз қайталанadi ва ҳатто инфекциянинг генерализацияси келиб чиқиши мумкин. Буйраклар кўчириб ўтказилганда ҳам листериознинг юқиши ҳақида маълумотлар бор. Ҳомиладор аёлларда сурункали листериоз бор вақтда ҳомиланинг она қорнида зарарланиши кузатилади ва кейинчалик бола туғилгандан сўнг оғир дардга чалиниб, ҳатто ўлиб қолиши ҳам мумкин. Баъзи муаллифларнинг маълумотларига кўра, ҳомиладор аёлнинг листериоз билан касалланиши тез-тез учраб туради.

Ташхиси. Қлиник ташхис қўйиш бирмунча қийин бўлиб, бунда қон, орқа мия суюқлигининг бактериологик текшируви, юмшоқ танглайдан олинган ювинди сув, қоганоқ сувининг текширув натижаларига таянилади. Се-

рологик текширув 10—14 кун интервал билан олинган жуфт зардоб билан ўтказилади. Листериоз антигенлари билан агглютинация ва РОК реакцияларидан ҳам фойдаланилади. Титрнинг 4 ва ундан ошиши таъхисни тасдиқлайди. Тери ичига қўйиладиган проба учун махсус листериоз антигенлари ишлаб чиқилган. Препарат тери ичига 0,1 мл миқдорда юборилиб, 24 соатдан сўнг натижаси кўрилади. Реакция терида 10 мл диаметрда қизариш бўлган вақтда мусбат ҳисобланади.

Дифференциал таъхиси. Дифференциал таъхис листериознинг клиник шаклига қараб қўйилади. Ўткир безсимон турларини инфекцион мононуклеоздан, инфекцион эритема, ўткир токсоплазмоз ва қон касалликларидан ажратилади. Нерв системаси зарарланиши билан кечадиган тури кўпинча оғир йирингли менингит кўринишида кечади. Уни менингококк, пневмококк, стафилококк ва бошқа йирингли бактериал менингитлардан ажрата билиш керак. Листериозда мия пардалари зарарланишидан ташқари, лимфа тугунлари ҳам зарарланиб, ўзига хос қондаги ўзгаришлар келиб чиқади. Ҳомиладор аёллардаги листериозни бошқа этиологияли суст ривожланувчи пиелонефрит (пиело циститлари) дан фарқ қилиш лозим. Чақалоқлардаги туғма листериозни пневмония, ўткир респиратор касалликлар ва пилороспазмдан фарқ қилинади.

Листериоз учун тугунсимон элементлар диссеминацияси, сариқлик, баланд иситма, қон айланишининг бузилиши характерлидир. Диагностикада эпидемиологик ҳолатлар ҳам ҳисобга олинади.

Давоси. Даво листериознинг клиник турларига мос келиши керак. Касалликнинг ўткир турида этиотроп даволаш еткази рол ўйнайди. Тетрациклин қаторидаги антибиотиклардан (0,2—0,3 г) ҳар 6 соатда иситмалаш даврида ва яна 5—7 кун давомида берилади. Шунингдек пенициллин (400000 ТБ дан ҳар 4—6 соатда), эритромицинни (0,25 г дан ҳар 6 соатдан) юқорида кўрсатилган вақт давомида буюрилади. Листериознинг нерв турида (менингит, менингоэнцефалитлар) листерияларга бактериостатик таъсир кўрсатувчи, тетрациклин гуруҳига онд антибиотиклар билан бирга бактерицид хусусиятга эга бўлган стрептомицинни ҳам қўшиб бериш мумкин. Стрептомицин 0,5 г дан суткасига 2 марта берилади. Антибиотиклар билан бир вақтда гормонал препаратларни ҳам тайинласа бўлади (преднизолон 5—10 мг дан кунига 4 марта, аста-секин миқдори камайтириб борилади, даволаш курси 7—10 кун). Листериоз-

нинг нерв турини даволашда дегидратацион терапия қўлланади. Ҳомиладор аёллардаги сурункали листериозни даволашда аввал тетрациклин (0,3 г дан ҳар 6 соатда 7—10 кун давомида), кейинчалик сульфадимезин кунига 4 маҳал 7 кун мобайнида тайинланади.

Прогнози. Чақалоқларда касаллик жуда оғир ўтиши ва ўлим билан тугаши мумкин. Ҳомиладорларда листериоз ҳомиланинг оғир зарарланишига олиб келади. Листериоз менингоэнцефалитлардан кейин марказий нерв системасида резидуал ҳодисалар ҳам рўй бериши мумкин.

Учқоқда кўриладиган профилактик чора-тадбирлар. Уй ҳайвонлари орасида листериозга қарши кураш (касалланган ҳайвонларни аниқлаш ва ажратиб қўйиш кейин эса улар турган жойларни дезинфекция қилиш), шунингдек, дератизацион тадбирлардан иборат. Листериоз бўлган ҳайвонларнинг гўшти ва сутини термик қайта ишлагандан кейингина истеъмол қилиш мумкин. Ҳомиладор аёлларга листериоз катта хавф туғдиради, шунинг учун ҳам чорвачиликда ишлайдиган ҳомиладор аёлларни вақтинча бошқа ишга ўтказиш тавсия этилади. Бемор атрофида профилактика ўтказилмайди. Махсус профилактика ишлаб чиқарилмаган.

КУ-ИСИТМАСИ (FEBRIS Q)

Ўткир риккетсиоз касаллик бўлиб, умумий интоксикация, иситма ва кўпинча атипик пневмония аломатлари билан характерланади.

Этиологияси. Қўзғатувчи риккетсиялар бўлиб, улар бактериял филтр ва коллоид мембраналардан ўтадиган, майда (узунлиги 0,25—0,5 ва кенглиги 2—2,5 мк) микроорганизмлардир. Бернет риккетсиялари полиморфизм билан характерланиб, майда кокксимон, таёқчасимон биполяр ва нисимон шаклда учраб туради. Улар ҳужайралар ичида паразитлик қилиб ҳаёт кечиради. Одатдаги озиқа муҳитларида кўпайиш қобилиятига эга эмас. Бернет риккетсиялари мураккаб антиген тузилишига ва 2 та антигенлик субстанцияга эга. Юза субстанция максимал, ички корпус тури минимал антигенлик хусусиятига эга.

Эпидемиологияси. Бернет риккетсиялари юқори ҳарорат, шунингдек, кимёвий омилларнинг таъсирига чидамли, атроф-муҳит ва чиқиндиларда осонликча сақланиб қолади, озиқ-овқат маҳсулотларида тирик қолади. Турли хилдаги иссиқ қонли ҳайвонлар учун улар юқори

патогенлик ва юқиш хусусиятига эга. Шунинг учун бу касаллик ер шарининг турли ерларида кенг тарқалган. Қу-иситмаси табиий ўчоқли зоонозларга мансубдир.

Патогенези ва патологик анатомияси. Қу-иситмаси турли йўллар билан: ингаляция, алиментар, контакт, трансмиссив йўл орқали юқиши мумкин, дастлабки 2 йўл эпидемиологик жиҳатдан катта аҳамиятга эга. Ҳозирги замон тасаввурига кўра, бу умумий инфекцион касаллик бўлиб, кўпгина аъзо ва системалар зарарланиши билан кечади. Патогенези юқиш йўлига ҳам боғлиқдир. Организмга тушган бир қанча риккетсиялар генерализация йўли билан ретикулоэндотелиал системада кўпаяди ва қон томирларига тушиб, турли аъзоларнинг зарарланишига олиб келади. Қу-иситмасининг ҳар хил клиник турларида нерв, юрак-томир системаси, жигар, буйрак, ўпка ва бошқа аъзоларнинг турли даражадаги зарарланиши кузатилади.

Патологоанатомик текширувда ўпка тўқимаси, юрак-томир системаси ва паренхиматоз аъзоларида махсус ўзгаришлар борлиги қайд этилади. Ўпка тўқимасидаги бронхлар атрофида, ўпка четларида ёки ўпканинг пастки бўлимларида яллиғланиш ўчоқлари осонликча аниқланади. Микроскоп остида альвеола деворларининг мононуклеар инфильтрацияси ва гипотрофик десквамацияси кўринади. Қон томир эндотелийсининг ўзига хос ўзгаришлари, мия томирларидаги периваскулий, томирлар атрофида майда геморрагиялар кузатилади.

Клиникаси. Клиник манзара турли-туман аломатлар ва турларининг ранг-баранг бўлиши билан характерланади. Инкубацион давр давомлилиги юқиш йўлига, организмга тушган инфекциянинг миқдорига, организмнинг жавоб бериш реакциясига ва бошқа омилларга боғлиқ бўлиб, 5 кундан 30—50 кунгачадир.

Касаллик ўткир, бирдан бошланади, аксар ҳарорат $38-39^{\circ}$ гача кўтарилади, умумий ҳолсизлик, бош оғриши, иштаҳа пасайиши аниқланади. Қалтираш касалликнинг илк бор белгиси сифатида фақат 20 фоиз болаларда кузатилиб, мушаклар ва бўғимлардаги оғриқ кўпинча болдир мушакларида, оёқлардаги йирик бўғимларда (тизза, чаноқ-сон ва болдир бўғимларида) қайд этилади. Афтидан қалтираш, мушаклардаги оғриқ касалликнинг доимий аломатлари эмас, чунки бундай шикоят билан фақат катта ёшдаги болалар мурожаат этадилар. Кўпинча беморларда энг биринчи аломатлар марказий нерв системасида кузатилиб, аниқ бир локализацияга эга бўлмаган бош оғриғи, бош айла-

ниши, бўшашиш, умумий ҳолсизликдан иборат бўлади. Баъзан биринчи кунданоқ уйқу бузилади. Қаттиқ бош оғриши — касалликнинг муҳим ташхисий белгиси бўлиб, у кўпинча донмий бўлади ва болалар фақат касаллик давомида эмас, балки касалликдан сўнг ҳам шикоят қиладилар.

Болаларда Ку-иситмасининг бошланиш аломатларидан яна бири — иштаҳанинг пасайиши ёки бутунлай йўқолишидир. 80 фоиз беморларда кўнгил айниши, қоринда оғриқ (20 фоиз) ва ич кетиши (10 фоиз) кузатилади. Ич кетиши, кучли бўлмаган қориндаги тутиб-тутиб турувчи оғриқ, кўпинча кичик ёшдаги болаларда аниқланади.

Ич шиллиқсиз, кунига 2—3 мартаба келади. Касалликнинг бошланиш давридаги қоринда турадиган оғриқлар, ичнинг суюқ келишини ичак мотор функциясининг бузилиши деб қараш лозимки, бунинг оқибатида вегетатив нерв системаси шикастланиши мумкин.

Кўпинча (20 фоиз беморларда) касалликнинг биринчи кунлари ринит, трахеит, катарал ангина ва бронхит билан кечадиган нафас йўлларининг озгина яллиғланиши кузатилади. Баъзи беморларда юзнинг шишинқираганлиги ва гиперемия қайд этилади.

Хасталикнинг иситмали даври 4 кундан 22 кунгача давом этади. Беморларнинг 80 фоизида бу даврда брадикардия, пульснинг лабиллиги, артериал босимнинг тушиб кетиши ҳоллари кўрилади.

Касаллик авж олган маҳалда нафас аъзоларида анчагина ўзгаришлар рўй беради, ринит (60—70 фоиз), катарал ангина (32 фоиз), пневмония (50 фоиз) қайд этилади. Меъда-ичак йўлидаги ўзгаришлар кўпинча ёш болаларда учрайди ва у иштаҳанинг йўқлиги (80 фоиз), қориндаги оғриқлар (20 фоиз) ва ичбуруғ (10 фоиз) билан намоён бўлади.

Жигар ва талоқдаги ўзгаришлар Ку-иситмасининг кўпинча яққол белгиси бўлиб ҳисобланади. Жигар катталашуви 70 фоиз болаларда, талоқнинг катталашганлиги эса 20 фоиз болаларда кузатилади. Қондаги ўзгаришлар лейкопения (53 фоиз), лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, анэозинофилия (70 фоиз), эритроцитлар чўкиш тезлиги (ЭЧТ) 40—45 мг/г бўлиши билан характерланади. Касалликнинг кўрсатиб ўтилган клиник синдромлари билан унинг тифга, гриппга ўхшаш, пневмоник ва яширин турлари фарқ қилинади.

Ку-иситмаси кечиши давомида қайталаниши мумкин. Бунда касалликнинг асосий клиник манзараси кам-

роқ юзага чиқади. Ку-иситмасининг асоратлари нисбатан камроқ учрайди.

Ташхиси. Маълум қийинчиликлар туғдиради. Бунда эпидемиологик, клиник ва лаборатория маълумоти йиғиндисига асосланади. Ташхис қўйишда бемор қонида касаллик қўзғатувчисининг борлиги, комплементни боғлаш ва агглютинация реакцияларининг мусбат бўлиши катта аҳамиятга эга.

Дифференциал ташхиси. Ку-иситмасини тиф-паратифоз, ўткир респиратор касалликлар, грипп, бруцеллез, вирусли гепатитнинг сариқсиз кечадиган тури каби касалликлардан ажрата билиш керак.

Прогнози қулай.

Давоси. Кун тартибини тўғри ташкил қилиш, пухта парвариш, касаллик турига қараб оқилона парҳез тузиш. Даволаш учун левомицетин, тетрациклин, стрептомицин, ампициллин (ёшга тўғри келадиган миқдорларда) каби антибиотиклар билан бир қаторда ҳамма болаларга патогенетик ва симптоматик терапия ҳам тайинланади. Витаминларни кўплаб тайинлаш ҳам кўрсатилган. Касалликнинг оғир турларида плазма ва қон препаратлари, шунингдек, қон ўрнини босувчи воситалар қўйилади.

Профилактикаси. Ветеринария ва санитария тиббий тадбирлар мажмуасидан иборат. Ку-иситмаси зооноз касалликлар туркумига кириши туфайли, бунда ветеринария хизматини олиб боровчи тадбирларнинг аҳамияти катта. У табиий ўчоғларни аниқлаш, уларнинг хиллари, тузилиши ва чегаралари бўйича кенг қўламдаги чоралар комплексини амалга оширишни талаб этади.

Касалликнинг уй ҳайвонларидан тарқалиб кетмаслиги ва қишлоқ хўжалик ўчоғида уни йўқотиш чоралари кўрилади. Касалликка шубҳа қилинган ҳайвонлар ажратиб қўйилади ва улар серологик текшириб кўрилади.

Озиқ-овқат маҳсулотлари ва хом ашё сотувга ветеринария ва санитария рухсати билангина чиқарилади.

Касал ҳайвонларнинг сути ва гўштига махсус ишлов берилади. Қишлоқ хўжалик хом ашёсига (жун, эчки моти, ҳайвонлар териси) ҳам пароформалин камeralарида махсус ишлов берилади. Ишлаш учун ноқулай шароит бўлган хўжаликларда болалар ва аёллар ишлашига рухсат бермаслик керак. Бундай жойларда ишлайдиган шахслар шахсий гигиена қоидаларига қаттиқ риоя қилган ҳолда, махсус кийимлар ва пойабзалдан (резинали) фойдаланишлари лозим.

Қасаллик профилактикасида иммунизация ўтказиш муҳим чора-тадбирлардан ҳисобланади. Сўнгги вақтларда одамларни Ку-иситмасига қарши вакцинациялашга оид маълум тажриба тўпланган.

Ку-иситмаси профилактикасида санитария-коммунал соҳасидаги ишларга доир тадбирлар ҳам катта аҳамият касб этади. Бунда сув таъминоти ва сув ҳавзаларининг қишлоқ хўжалик ҳайвонлари чиқиндиларидан ифлосланишига йўл қўймаслик муҳимдир.

БЕЗГАК (MALARIA)

Одам организмига содда жонивор туркумига оид қўзғатувчининг тушиши натижасида юзага келадиган касаллик бўлиб, у тана ҳароратининг циклик кўтарилиши, жигар ва талоқнинг зарарланиши, камқонликнинг ривожланиши билан таърифланади. Бу касаллик иссиқ иқлимли мамлакатларда тарқалади.

Этиологияси. Қўзғатувчиси плазмодийларнинг уч кунлик, тўрт кунлик ва тропик безгакнинг турларидир. Безгак паразитлари икки йўл: жинсиз, яъни одам организмида (шизогония) ва чивин организмида жинсий йўл билан кўпаяди (спорония).

Эпидемиологияси. Безгакка учраган бемор паразит ташувчи инфекция манбаидир. Одам ва уй ҳайвонлари қони билан озиқланадиган ва тухумини кичик-кичик илиқ сув ҳавзаларига қўядиган урғочи чивин касаллик тарқалишига сабаб бўлади.

Қасаллик ўтгандан сўнг одам организмида узоқ давом этмайдиган беқарор иммунитет ҳосил бўлади. Қасалликка табиий берилувчанлик бошқа касалликлар кабидир.

Патогенези. Одамни чивин чаққанда қўзғатувчи қонга спорозоитлар кўринишида тушади. Спорозоитлар эритроцитларга ўтиб, жинсиз ривожланиш босқичига ўтади ва безгак хуружларига сабаб бўлади. Жинсий ривожланиш босқичида чивин меъдасида *Anopheles* натижада ҳосил бўлган спорозитлар чивиннинг сўлак безларига ўтади, чивин одамни чаққандан кейин у одамнинг қонига ўтиб, касаллик тарқатади.

Клиникаси. Қасалликнинг инкубацион даври 10—14 кун. Қисқа продромал даврдан сўнг, титроқ, эт жунжикиши билан бошланадиган типик безгак хуружи пайдо бўлади; ҳарорат 40—41°C гача кўтарилади, думғазада оғриқ пайдо бўлиб, бемор қайт қилади. Иситма 6—8 соат ўтгандан сўнг, тезда пасаяди, бемор терлайди.

Кейинги хуруж биринчи хуруж бошланишига нисбатан 48 соатдан (уч кунлик безгакда) сўнг ёки 72 соатдан сўнг (тўрт кунлик безгакда) бошланади. Жигар, айниқса талоқнинг катталашиши безгак учун хос белгилардир. Тропик безгак касалликнинг бирмунча оғирроқ тури ҳисобланади.

Касалликда иситма хуружи қисқа ёки давомли (2—12 соат) бўлиши мумкин. Лаб терисида герпетик тошмалар пайдо бўлиши мумкин. Периферик қонда, айниқса ёш болаларда эритроцитлар сони камайиб, гемоглобин миқдори тушиб кетади, турли кўринишдаги лейкопения юзага келади, моноцитоз пайдо бўлади.

Тропик безгакда тана ҳарорати безгакнинг бошқа хилларидаги каби баъзан узоқроқ давом этиши, меъдаичак ва буйрак фаолиятининг бузилиши талваса, коматоз ҳолатлар туфайли билинмаслиги мумкин. Баъзан ҳа деганда босилмайдиган диарея, қориндаги оғриқлар, ўткир аппендицит юзага келиши мумкин. Қайта-қайта хуружлардан кейин жигар ва талоқнинг, терининг енгил субиктериклиги қайд қилиниши мумкин. Касаллик оғир кечган ҳолларда нефротик синдром юзага келади.

Безгак комаси касалликнинг энг оғир асоратларидан ҳисобланади.

Ташхиси. Эпидемиологик маълумотлар, касалликнинг клиник манзараси ва қонда паразитлар қон томчиси ва юпқа суртма ёрдамида аниқланади.

Тропик безгакда, дастлаб паразитнинг фақат ҳалқасимон тури аниқланади. Гаметоцитлар 10 кун ўтгандан сўнг юзага чиқади. Безгак плазмодийлари касалликнинг турли босқичларда 20 фоиз эритроцитларда учрайди. Бу касалликни грипп, тиф-паратифоз касалликлар, сил, сепсис, бруцеллёз ва бошқа хасталиклардан ажрата билиш керак.

Давоси. Безгакка қарши хингамин, делагил, хлорохин, примахин, хинин, хиноцид сульфат (миқдори ёшга қараб) каби махсус препаратлар қўлланади. Хиноцид уч кунлик ва тўрт кунлик безгакдан батамом тузалишга ёрдам беради.

Профилактикаси. Инфекция манбаларини зарарсизлантириш, яъни шу касаллик билан оғриган беморларни мунтазам ва узоқ (касалхонада) даволашдан, касалликни ташувчи чивинлар ва гижжаларни йўқотишдан иборат.

МЕНИНГОКОКК ИНФЕКЦИЯСИ

Уни менингококк келтириб чиқаради ва назофарингит, йирингли менингит ва менингококкемия ҳолида намоён бўлади.

Этиологияси. Менингококклар грамманфий, жуфт-жуфт жойлашган, диаметри 0,6—0,8 мкм бўлган микроорганизмлардир. Улар иссиқлиги 35—37°C бўлган аэроб шароитли муҳитларда ўсади.

Менингококклар ташқи муҳитда 55°C да жуда тез 5 дақиқа ичида ҳалок бўлади. Дезинфекция воситаларига ва антибиотикларга (пенициллин, левомецетин ва тетрациклин) жуда сезувчандир. Улар тузилишига кўра қатор серотипларга (ABCDX) бўлинади.

Эпидемиологияси. Касалликнинг ҳар хил турларига учраган беморлар ва соғлом менингококк ташувчилар касаллик манбаидир. Назофарингит белгилари бўлган беморлар энг хавфли ҳисобланади. Касаллик манбаида инфекция ташувчилик соғлом одамларнинг 20—30 фоизда кузатилади. Соғлом ташувчанликнинг муддати 2—5 ҳафтагача чўзилади. Инфекция асосан ҳаво-томчи йўли билан юқади. Бу касалликка кўпинча мактабгача ёшдаги болалар чалинадилар. Касалликнинг энг кўпайган даври қиш-баҳор ойларига тўғри келади.

Патогенези. Инфекция организмга юқори нафас йўллари орқали тушади. Менингококкларнинг кўпинча нафас йўлларида топилиши катта ўзгаришларга олиб келмайди (менингококк ташувчанлик). Инфекция билан зарарланган беморларнинг 10—15 фоизда ўткир назофарингит ривожланади, менингококк баъзи турлардагина маҳаллий, тўсиқлардан ошиб, қонга ўтади ва турли аъзо ва системаларнинг зарарланишига (менингококкемияга) олиб келади. Баъзи инфекция мия пўстлоғида жойлашиб, цереброспинал менингитни келтириб чиқаради. Менингитда асосан миянинг юмшоқ ва ўргимчак тўрсимон қобиклари зарарланади. Ўзгаришлар мия асосида, мия яримшарларининг олдинги юзасида ва орқа мия пўстлоғида учрайди. Экссудат нейтрофил тугган ҳолда йирингли характерда бўлади.

Касалликка қарши даво қилинмаганда ёки яхши даволанилмаганда экссудат ўрнида ликворнинг айланишига тўсқинлик қиладиган бириктирувчи тўқима ҳосил бўлади. Гидроцефалия ривожланиши мумкин. Касаллик тўғри даволанганда экссудат из қолдирмай бутунлай йўқолиб кетади.

Менингококк инфекцияси патогенезида касалликнинг оғир септик турларида учрайдиган токсемиянинг аҳамияти катта. Бу ҳолда кўплаб миқдорда менингококкларнинг парчаланиши туфайли юзага келадиган, токсемияга асосланадиган инфекцион токсик шок ривожланади. Эндотоксинлар микроциркуляцияни бузади, натижада қон томирлар ичида қон ивиб, моддалар алмашинуви бузилади. Токсикоз натижасида церебрал гипертензия синдроми билан мия шишиб, нафаснинг фалажланиши туфайли ўлим юз бериши мумкин.

Клиникаси. Инкубацион давр 2 кундан 10 кунгача (ўрта ҳисобда 2—4 кун) давом этади. Менингококк инфекцияси турли клиник кўринишларда намоён бўлади. Бу касаллик локал кўринишида (менингококк ташувчилик, назофарингит) ва генераллашган турда (менингококкемия, менингит, менингоэнцефалит) кечиши мумкин. Касаллик кечишига қараб енгил, ўртача оғир ва оғир турларга бўлинади.

Ўткир назофарингитда ҳарорат бир оз ($38,5^{\circ}\text{C}$) кўтарилиб, 1—3 кун давом этади, умумий интоксикация белгилари юзага чиқади (беҳоллик, бош оғриғи, бош айланиши, томоқ қичиши, қуруқ йўтал ва ринофарингит, гиперемия, лимфоид фолликуляр гиперплазия билан ютқин орқа деворининг шишиши). Гўдак ёшидаги болаларда кўпинча бодомча безлари ва юмшоқ танглай шиллиқ қавати гиперемияси кузатилади.

Бемор 3—7 кун давомида тузалади. Баъзи ҳолларда инфекциянинг генерализацияси рўй бериши мумкин.

Менингококкемия. Ўткир бошланади, лекин назофарингит кўринишида продромал кечиши ҳам мумкин. Бунда беморнинг эти жунжикади, қаттиқ боши оғрийди, мушак ва бўғимларда оғриқ пайдо бўлади, қайт қилади, иситма бирданига ошади. Бу касалликка хос бўлган симптомлардан — пушти папулёз геморрагик тошмалар ҳисобланади. Тошмалар нотўғри юлдуз шаклида бўлиб, уларнинг тариқдек ва диаметри бир неча сантиметрга борадиган хиллари ҳам учрайди. Кўпинча бармоқларга, думбага, гавданинг ён сатҳига тошма тошади.

Пушти папулёз элементлар 1—2 кундан кейин номунишонсиз йўқолиб кетади, майда геморрагиялар пигментланади, йириклари кўпинча касалликнинг биринчи кунлариданоқ некрозга учрайди, кейин пўстлоқ билан қопланади. Қулоқ чиганоқларида, бурунда, қўл, оёқ бармоқлари ва товонда некроз ва қуруқ гангрена юз бериши мумкин.

Қасалликнинг биринчи кунлариданоқ ранг оқариши, тери қопламларининг қуруқлашиши, тилнинг караш боғлаши, чанқаш, иштаҳанинг йўқолиши, юракнинг бўғиқ уриши, тахикардия, артериал босимнинг камайиши каби расмана интоксикация белгилари кузатилади. Сероз ва йирингли моно ва полиартритлар қайд этилади. Қон манзараси лейкоцитознинг яққол билиниши, нейтрофилнинг силжиши, анемозинофилия, ЭЧТ ошиши билан характерланади.

Менингококкемиянинг оғир тури инфекцион-токсик шок билан кечиши мумкин.

Сурункали менингококкемия касалликнинг кам учрайдиган тури бўлиб, иситма пайдо бўлиши ҳам изоҳланади, терига тошма тошиши, бўғимлар зарарланиши, эндокардит ҳодисалари кузатилиши мумкин.

Менингит. Қасаллик эт жунжикиши, иситманинг сезиларли кўтарилиши ($38-40^{\circ}\text{C}$), бош оғриши, бош айланиши, қайт қилиш каби ҳолатлар билан ўткир бошланади. Бу касалликка қўзғалувчанлик, алаҳсираш, тинка қуриши, қулоқнинг битиб қолиши кабилар хосдир. Эс-ҳуш бутунлай йўқолиши мумкин. Шунингдек, инжиқлик, ёруғликка ва товушга юқори сезувчанлик каби белгилар ҳам шу касалликка хосдир. Менингеал симптомлар эрта пайдо бўлади, бунда бўйин мушакларининг ригидлиги, Кернинг — Брудзинский, симптомлари аниқланади. Кўпинча бемор ўзига хос кўринишда бўлади, масалан, бошини орқага ташлайди, тиззаларини қорин томонга тортиб олади. Бош мия нервларидан кўпроқ кўриш, кўзни ҳаракатга келтирувчи, эшитиш ва юз нервлари зарарланади. Томир уриши касалликнинг бошланғич даврида тезлашиб, калла ичи босими ошганда баъзан нисбий брадикардия қайд қилинади. Болаларда кўпинча ич кетади. Беморлар қонида чапга силжиган нейтрофилёз билан лейкоцитоз кузатилади, ЭЧТ ошади. Қасалликнинг биринчи соатларида ликвор тиниқ ёки озгина хирароқ, кейин буткул хиралашган, охирида йирингли бўлади. Мия суюқлиги чўкмасидан олинган суртмани метил кўки билан бўяганда менингококк аниқланади. Кўпчилик полинуклеарлар бўлган шаклли элементлар 1 мм^3 да бир неча мингга кўпайиши мумкин. Оқсил $1-3$ фоиз кўпаяди. Қасаллик чўзилиб кетганда шаклли элементлар миқдори камаяди, оқсил эса ошади. Ликворда шакар моддаси ва хлоридлар камайиб кетади. Орқа мия суюқлиги босими касалликнинг ўткир даврида кескин ошади. ($400-600\text{ мм сим. уст.}$).

Бир ёшгача бўлган гўдак болаларда менингитнинг ўзига хос хусусиятлари. Уларда менингитнинг одатдаги белгилари қайд этилмайди. Бу организм реактивлигининг ўзига хос бўлиши туфайли касалликни аниқлашда анча қийинчиликлар туғдиради ва шу ёшдаги касаллар ўртасида юқори леталликка сабаб бўлади. Касаллик ўткир бошланиб, бола бесаранжомланади, қичқиради, овқатланишдан бош тортади, инжиқлик қилади, уйқуси бузилади, қўли қалтирайди. Кейин бунга талваса, ҳарорат кўтарилиши, қайта-қайта қайт қилиш, лиқилдоқнинг шишиши қўшилади. Бола вақти-вақти билан қичқириб қўлини боши томон чўзади. Яққол гиперестезия (тонуснинг юқори бўлиши) ва турғун дермографизм юзага келади. Бола бошини орқага ташлаши менингитнинг энг биринчи симптомларидан ҳисобланади. Шунинг эсда тутиш керакки, 3 ойликкача бўлган болаларда мушак тонуслари физиологик жиҳатдан анча юқори бўлади. Бу бўйин мушакларининг ригидлигига ва Кернинг симптомига ўхшаб кетиши эҳтимол.

Натижада кўплаб суюқлик йўқотиш билан церебрал гемодинамиканинг бузилиши юзага келади. Баъзи ҳолларда қайт қилиш ва диарея ҳисобига церебрал синдроми пайдо бўлади. Лиқилдоқ қимирламай қолади, мушак тонуси пасаяди, менингеал симптом йўқолади. Пай рефлекслари пасаяди. Бемор озиб-тўзиб кетади, кўзлари ич-ичига кириб кетади, тери қуруқлашади. Бола атрофдагиларга бефарқ бўлиб қолади ёки кома юз беради. Қалла ичи босими кескин тушиб (церебрал коллапс) кетади. Пункция қилинганда ликвор кам-кам томчилайди. Церебрал гипотензия синдроми ҳаддан ташқари дегидратация (сусизланиш) оқибатидир. Бу ҳол катта ёшдаги болаларда камроқ кузатилади.

Менингитнинг атипик турлари. Антибактериал воситаларнинг кўплаб амбулатория усулида қўлланиши касаллик атипик турларининг кўпайишига олиб келади. Касаллик субфебрил ёки нормал ҳарорат, кучсиз интоксикация билан айтарли ўткир кечмаслиги мумкин. Менингеал симптомлар ўртача бош оғриғи ва онда-сонда қайт қилиш билан кечроқ пайдо бўлади. Бу касаллик болаларда тўлқинсимон кечади: қатор ҳолларда менингоэнцефалит, вентрикулит пайдо бўладики, бу касалликларга антибактериал терапия унчалик таъсир қилмайди.

Менингококкли менингоэнцефалит — менингеал симптомлар, эс-ҳушнинг узоқ вақт бузилиши, титроқ синдромлари, турғун ўчоқли симптомлар, бош мия нерв-

лари, қўл-оёқ парези, мия пўстлоғи остки зарарланиши, руҳий бузилишлар билан характерланади.

Касалликка уйқучанлик, руҳиятнинг бузилиши, мушакларнинг юқори тонуси, гидроцефалия симптомларининг ривожланиши хосдир.

Касаллиқнинг аралаш тури бирмунча кўпроқ учрайди. Менингококкемиянинг клиник намоён бўлиши менингит ёки менингоэнцефалит билан бирга қўшилиб кетади.

Асоратлари. Уотерхауз — Фридериксен синдроми, инфекция-токсик шок, бош миянинг ўткир шишуви, кўрув, эшитув нервлари ҳамда неврити ва бошқалар.

Ташхиси. Менингококкли инфекцияга клиник-эпидемиологик маълумотларга асосланиб ташхис қўйилади. Лаборатория ташхиси учун текширишнинг қуйидаги махсус усулларида фойдаланилади. Ликвор ва қонни бактериологик (бактериоскопия) ВИЭФ усули, антителоларни аниқлаш учун ПГАР текшируви, носпецифик текшириш усулларида қон ва ликворни умумий анализ қилиш.

Дифференциал ташхиси. Менингококкли назофарингитни грипп ва бошқа шамоллаш касалликлари билан, шунингдек, қизамиқнинг продромал, кўкйўталнинг катарал даврлари, вирусли гепатит (сариқолди катарал варианты) дан фарқ қилинади.

Менингококкемияни геморрагик иситма, гриппнинг геморрагик тури, тошмали тиф, сепсис, қизамиқ, қизилча, иерсиниоз, дори-дармондан келиб чиқадиган токсикаллогик дерматитлар ва геморрагик диатезлар (Верльгоф касаллиги, геморрагик васкулитлар) дан фарқ қила билиш зарур.

Менингококкли менингитда дифференциал ташхис менингококкли этиологиясиз йирингли менингитлар, серозли (юқумли паротит, бактериал қорин тифи, сил ва бошқ.) менингитлар, субарахноидал қон қуйилиши, менингизм ҳолатлари билан ўтадиган ўткир юқумли касалликлар, талвасали синдромлар, этиологияси турлича бўлган касалликларга асосланиб ўтказилади.

Давоси. Назофарингит билан оғриган беморлар эпидемиологик-клиник кўрсатмаларга мувофиқ касалхонага ётқизилади. Симптоматик терапия ўтказилади. Ифодаланган интоксикацияда ва иситмада 3—5 кун давомида ёшга қараб левомецетин ёки рифампицин берилади. Оғиз, ютқин бўшлиғини тозалаб туриш таъинланади.

Менингококк инфекциясининг генерализацияланган турларига учраган беморлар зудлик билан, албатта касалхонага ётқизилади. Уй шароитида пенициллин ёки левомецетин, сукцинатнинг бир марталик миқдорини юбориш лозим. Шунингдек, преднизолон (0,5—1 мг/кг), менингит белгилари бўлганда лазикс (0,5—1 мг/кг) юборилади. Этиотроп препаратлар сифатида (300—500 ТБ/кг) бензилпенициллин ишлатилади. Антибиотик бактериоцид таъсир кўрсатиш қobiliятига эга бўлгани учун интоксикацияни кучайтириши мумкин. Шунинг учун касалликнинг оғир турларида бемор инфекция-токсик шок билан оғирлашган ва мия шишганда левомецетин-сукцинат ишлатган маъқул. Левомецетин бактериостатик таъсир кўрсатганидан унинг клиник таъсирчанлиги пенициллин билан даволанганга қараганда бир сутка кечикиб билинади.

Менингококкемия (менингитсиз) билан оғирган беморларда антибиотикотерапия 4—5 кун, менингитда 5 кундан 10 кун, менингоэнцефалитда 10—14 кун давомида олиб борилади. Антибиотикларни беришни тўхтатиш учун ликворни текшириш маълумотлари (лимфоцитлар камида 80 фоиз бўлганда цитоз 0,1 г/л дан кам) кўрсатма бўла олади.

Токсикозга қарши курашиш учун электролит балансини ҳисобга олган ҳолда, етарли миқдорда суюқликлар ичиш, венага полиглюкин, тузли, эритмалар, гемодез, плазма, альбумин зардобини юбориш зарур. Шу билан бир вақтда дегидратация лазикс, фуросемид, диакарблар билан ўтказилади. Кўрсатмалар бўлганда юрак дорилари, аналгетиклар, седатив воситалар, талвасага қарши дорилар тайинланади.

Менингококк инфекциясининг ўткир даврида микроциркуляцияни яхшилаш учун ёшга боғлиқ миқдорда венага трентал ишлатиш мумкин.

Инфузион терапия касалликнинг оғирлашмаган турларида ўрта ҳисобда 1—3 кун, оғир турларида 5 кун қилиниб, кейин перорал қабулга ўтилади.

Менингококк инфекцияси билан оғирган беморларни яхшилаб парваришlash, санитария-гигиена режимини тўғри уюштириш, витаминларга бой тўйимли овқатлар бериш зарур.

Профилактикаси. Беморлар иложи борича эрта аниқланади ва ажратиб қўйилади.

Уй шароитида бемор билан алоқада бўлган шахслар, болалар муассасаларига қатнайдиган болалар ва у ерда ишлайдиган шахслар жамоага тиббиёт кўриги-

дан ва манфий натижали бактериологик текширув ўтказилгандан кейингина қўйилади.

Касалликнинг генерализациялашган тури ва назофарингит билан оғриган беморларни менингококк ташувчанликка бактериологик тўла текшириб, улар клиник жиҳатдан бутунлай соғайгандан кейингина касалхонадан чиқарилади.

Менингококк инфекцияли реконвалесцентлар болалар муассасаларига, мактабга, мактаб-интернатга, санаторийга ва ўқув юртларига бактериологик текшириш натижаси манфий бўлгандагина қўйилади. Бу текшириш бемор касалхонадан чиққандан 5 кун ўтгач ўтказилади. Менингококкнинг генерализациялашган тури билан оғриган беморларни улар тузалгандан 6 ой, менингококкли назофарингит билан оғриган беморларни 2 ой, ташувчиларни 1 ой ўтгандан кейингина эмланади.

Менингококк ташувчи болалар аниқлангандан кейин улар санация ўтказиш мақсадида мактабгача болалар муассасаларига қўйилмайди. Менингококк ташувчилар аниқланганда, улар уйда ёки шу мақсад учун ажратилган поликлиникалардаги махсус бўлимларда санация қилинади. Бунда катталарга 0,5 мг дан 4 кун давомида ампициллин ва левомецетин берилади, болаларга эса худди шу препаратлар ёшига қараб бериладиган миқдорларда тайинланади.

Бактерия ташувчиларга санация мақсадида 2 кун давомида ҳар 12 соатдан 0,3 мг дан рифампицин тавсия этилади. Бактерия ташувчилар қандай препарат қабул қилганларидан қатъи назар санация курси ўтказилгандан 3 кун ўтгач, бактериологик текширувдан ўтказилади, текшириш натижаси манфий бўлгандагина, улар жамоа орасига қўйилади.

Ўчоқларда якуловчи дезинфекция ўтказилмайди. Хонани ҳар куни ҳўл латта билан артиб чиқилади ва шамоллатиб турилади. Ультрабинафша нурлар ва бактерицид лампалар билан нурлантирилади.

Махсус профилактика. А ва С серогуруҳга мансуб менингококк вакцинаси менингококк ўчоқларида профилактика ва шошилиш профилактика мақсадларида қўлланади. Вакцинация профилактика мақсадида эпидемик ноқулай бўлиб қолган майдонларда (100000 аҳолига 2,0 касал тўғри келса) ўтказилади. Бунда 1 ёшдан 7 ёшгача бўлган ҳамма болалар, олий ўқув юрталарининг биринчи курс талабалари, болалар уйига янги қабул қилинган болалар, мактаб-интернатларнинг биринчи синф ўқувчилари ҳам эмланади. Касалланиш

100000 кишига 20,0 тадан ошиб кетган ҳолларда 20 ёшгача бўлган ҳамма аҳоли эмланиши керак.

Шошилиш профилактика мақсадида менингококк инфекциясининг генерализацияланган турига учраган бемор аниқланганда, 5 кун мобайнида эмлаш ўтказилади.

Иккиламчи эмлаш худди ўша шахсларга 3 йилда камда бир марта ўтказилади. Эмланган жамоаларда карантин тийинланмайди. Бу ерда, шунингдек, бактериологик текширув ва иммуно-профилактика 1 ёшдан катта болаларда ҳам ўтказилмайди.

ИНФЕКЦИОН МОНОНУКЛЕОЗ (MONONUCLEOSIS INFECTI), ФИЛАТОВ КАСАЛЛИГИ

Иситма, генерализацияланган лимфаденопатия, тонзиллит, жигар ва талоқнинг шишуви ва гемограммадаги ўзгаришлар билан кечадиган ўткир юқумли касаллик. Хасталик асосан болаларда ва ўсмирларда учраб туради.

Этиологияси, эпидемиологияси ва патогенези. Касаллик қўзғатувчи Эпштейн — Бар вирусидир. Вирус В лимфоцитларга нисбатан тропизм хусусиятига эга. Инфекция оғиз-бурун орқали юқади ва унча юқумли бўлмайди. Касаллик асосини ретикуло-гистиоцитар тўқима (лимфа тугунлар, жигар, талоқ), генерализацияланган гиперплазия ташкил этади ва у қондаги ўзгаришлар билан характерланидиган қатор клиник симптомлар билан кечади.

Клиник-гематологик манзараси. Касаллик ўткир бошланади, иситма кўтарилиб, бош оғрийди. Юқори нафас йўлларида катарал ўзгаришлар кузатилади. Периферик лимфа тугунлари (айниқса орқа томонда) озгина катталашган, тўлган сал оғриқ беради. Талоқ ва жигар гиперплазияси кузатилади. Қонда лейкоцитоз (10—30 минг), кўп миқдорда лимфоцитлар, лимфо-моноцитлар ва плазматик ҳужайралар қайд этилади. Анемия камдан-кам аниқланади. Тромбоцитлар сони нормал ёки озгина камайган, суяк илиги манзараси ўзгармаган. Лимфоид ва моноцит ҳужайралари оз-моз учрайди.

Ташхиси. Клиник-гематологик маълумотлар ва касалликнинг 12—14-кунларида қўйиладиган мусбат серологик (титри 1:40, 1:80) реакцияларига асосланади. Шубҳали ҳолларда дифференциал ташхис катта аҳамиятга эга. Суяк илиги текширилганда ўткир лейкоз

касаллигида учрайдиган бластметаплазия аниқланма-
лиги шу касалликдан дарак беради. Шу билан бир-
ангина, ҳалқум бўшлиғининг локализациялашган ди-
терияси, вирусли гепатит (сарик тури), қизамиқ, ш-
нингдек, бошқа қон касалликлари, генерализацияланган
лимфоаденопатия билан дифференциал ташхис қил-
нади.

Кечиши. Касаллик 3—4 ҳафта давом этади. Хаст-
лик қайталанганда 3—6 ойгача чўзилиб кетиши мумкин.
Қондаги ўзгаришлар 1—1,5 йил мобайнида сақлани-
туриши мумкин.

Давоси. Симптоматик даво қилинади. Оғир ҳоллар-
да антибиотиклар (тетрациклин, пенициллин) тайин-
ланади. Геморрагик ва гемолитик даво, асоратлар
бўлганда гавда массасига 1, 1,5 мг/кг дан преднизоло-
(қисқа курсларда) буюрилади.

Прогнози. Бемор батамом тузалиб кетади.

ОРНИТОЗ, ПСИТТАКОЗ (ORNITHOSIS, PSITTACOSIS)

Бу ўткир юқумли касаллик бўлиб, хламидоз гуру-
ҳига мансуб қўзғатувчилар одамга шу инфекцияга ча-
линган қушлар орқали ҳаво-томчи йўли билан юқади.
Пситтакоз — орнитоз касаллигининг тўтилардан тарқа-
ладиган туридир.

Этиологияси. Орнитоз қўзғатувчиси микроорганизм-
ларнинг алоҳида хламидозалар (орнитоз қўзғатувчиси
гуруҳи — лимфагранулемалар — трахомалар) турига
мансуб. Қўзғатувчи риккетсиялар ва вируслар оралигида
жойлашган. Бу пича каттароқ бўлган ҳужайра ичидаги
паразитдир. Эфир ва антибиотикларга, тетрациклинга
сезгир, лабиллик билан юзага чиқади ва токсиген хусу-
сиятга эга.

Эпидемиологияси. Орнитоз ўчоқли табиатга эга бўл-
ган зоонозлар гуруҳига киради. Қушлар инфекция ман-
баи бўлиб ҳисобланади. Бу қўзғатувчи одатда қушлар-
нинг ахлати билан ташқи муҳитга ажралади.

Касаллик асосан аэроген ҳаво йўли билан тарқа-
лади. У одамга аксари паррандалардан (ўрдак ва кур-
ка, айниқса каптарлардан, ярим ёввойи, ёввойи каптар-
лардан, тўтиқуш ва канарейкалардан), шунингдек,
бошқа ёввойи қушлардан ҳам юқиши мумкин.

Орнитозга учраган бемор организмидаги қўзғатувчи
умуман юқмаслиги туфайли атрофдагиларга айтарли
хавф туғдирмайди.

Патогенези ва патологик анатомияси. Орнитознинг қўзғатувчиси асосан бронх ва бронхиал эритемийларни, ретикулоэндотелий, лимфоид тўқималар ва ўпкани зарарлаган ҳолда ҳужайра ичида ривожланади. Натижада ҳужайра ёрилади ва қўзғатувчи қонга ўтиб, вирусемия, токсемия ва организмдаги аллергияк ўзгаришларга сабаб бўлади. Шундан кейин қўзғатувчи паренхималоз аъзоларга диффузия орқали ўтади. Бунга ўпка ва бронхлардаги иккиламчи микрофлора қўшилиб, аралаш вирусли бактериал жараён ривожланади. Қўзғатувчи ретикулоэндотелий ҳужайраларида ушланиб қолиши, кейин яна қонга ўтиб, касалликнинг қайталанишига сабаб бўлиши мумкин.

Бу касалликдаги ўзгаришлар бронх томир характерида бўлади ва интоксикация бартараф қилингандан кейин ҳам анча сақланиб туради. Бунда беморларнинг бир қисмида қолдиқ интерстициал яллиғланиш ҳолатлари рўй беради.

Мурдани ёриб кўрилганда катарал трахеобронхитни, қисмларга бўлинган ателектаз ва қуйилиб қолган зотилжам фокусларини кўрса бўлади. Улар кулранг, кулранг-қизғиш ва бинафша рангда бўлади ва ўпканинг нормал тўқимасидан кескин чегараланиб туради. Плевра камдан-кам ҳолларда зарарланади.

Клиникаси. Касалликнинг инкубацион даври 7—20 кун, кўпинча 7—10 кун, камдан-кам 3—5 ёки 30 кунгача чўзилган бўлади. Хасталик деярли доим ўткир, бадан увишиши, бош ва мушаклар оғриши, иситма кўтарилиши ва қўплаб терлаш билан бошланади. Фақат беморларнинг бир қисмидагина (касалликнинг яширин даврида) умумий ҳолсизлик, кўнгил айниши, 2—4 кун давом этадиган бўғимлардаги оғриқ қайд этилади. Ҳарорат тезда 38—39°C гача кўтарилади ва ремиттирловчи, оғир ҳолларда эса доимий характерда бўлади. Касаллик енгил кечганда ҳарорат субфебрил ва қисқа (2—3 кун) бўлади.

Хасталикнинг дастлабки кунларида бош оғриғи, умумий лоҳаслик, мушак ва бўғимларда, белда кескин оғриқ, дармонсизлик, уйқусизлик, томоқда оғриқ, қуруқ йўтал аниқланади.

Юз одатда гиперемияланган, кўз склералари ва конъюнктивасига қон қуйилган, ҳалқум қизарган бўлиб, тонзиллит кузатилади.

Касалликнинг 3—4- кунда, баъзи беморларда розеолез ёки папулёз тошмалар пайдо бўлади. Касалликка бронх ва ўпканинг шикастланиши хосдир.

Қасалликнинг 2—3- кунидан бошлаб беморларни қуруқ йўтал, ларингит ва айниқса трахеобронхит безовта қилади. Беморда пневмония қасалликнинг 5—7- кунидан бошлаб пайдо бўлади ва 8—12- кунига келиб авжига чиқади. Пневмония нафас қисиши, перкутор товушнинг қисқарганлиги, нафаснинг юза бўлиши, ўпканинг қуйи қисмида, кўпинча ўнг томонида яккам-дуккам хириллашларнинг эшитилиши билан таърифланади. Бундай ҳолат қасаллик қайталаётганида, тана ҳарорати нормал бўлганда ҳам кузатилиши мумкин. Қасалликнинг 8—10- кунларида ҳарорат юқори бўлиши билан бирга йўтал кучаяди, балғам пайдо бўлади (баъзан қон аралаш), нафас қисиши, цианоз, эт жунжикиши, ўпкада эса бир қадар ифодаланадиган пневмония белгилари қайд этилади. Бу беморларнинг балғами ва қонинда патоген микроблар — асосан стафилококклар кўпайганини билдиради. Бунда абсцесс ҳам вужудга келиши эҳтимол.

Орнитозда интерстициал, кичик ўчоқли зотилжам юзага чиқиши мумкин. Бу қасалликнинг ҳамма турларида бронх томир илдизининг кенгайганлигидан далолат беради, баъзи ҳолларда бифуркацион лимфа тунгунлари катталашган бўлади. Ўчоқли жараёнлар вирус бактерияли пневмонияларга хосдир. Ўпкадаги, айниқса интерстициал ўзгаришлар бемор тузалгандан кейин ҳам узоқ вақт сақланиб қолади. Рентгенда текширилганда сурат тўрсимонлиги бемор тузалгандан бир неча ой ва йил ўтгандан сўнг ҳам сақланиб қолади.

Юрак-томир системасидаги ўзгаришларга қасаллик тузалаётгандаги иккиламчи инфекция қўшилганда вужудга келадиган тахикардия билан алмашадиган брадикардиянинг асоратсиз ҳоллари хосдир. Лекин болаларда қасалликнинг биринчи кунлариданоқ тахикардия қайд этилади. Кўпчилик беморларда артериал босим тушиб кетган бўлади. Қасаллик ўртача ва оғир кечётган беморларда юрак тонининг бўғиқлиги, систолик шовқинининг пайдо бўлиши аниқланади, ЭКГ да Т- тишчасининг икки босқичлиги, S-T интервалининг чўзиқлиги юракнинг токсик-диффуз шикастланганлигидан дарак беради. Токсик-аллергик характердаги миокардитлар эҳтимолдан ҳоли эмас. Меъда-ичак йўлида қуйидаги ўзгаришлар юз беради: беморнинг иштаҳаси пасаяди, кўнгли айнийди, ичи кетади, қайт қилади. Тил йўғонлашган, кулранг караш билан қопланган, четлари тоза, тишлар ўрни билиниб туради. Қорин юмшоқ, оғриқсиз. Жигарнинг катталашганлиги деярли ҳамма

беморларда кузатилади, талоқ эса беморларнинг ярмида шишган бўлади.

Сийдик-таносил системасида сезиларли ўзгаришлар кузатилмайди.

Нерв системаси у ёки бу даражада деярли ҳамма беморларда зарарланган бўлади. Бу касалликнинг кўпроқ учрайдиган симптомларидан — бош оғриғи, ҳолсизлик, уйқусизлик, адинамия, бўшашиш, оғир ҳолларда депрессивлик, алаҳсираш, эс-ҳушнинг йўқолиши, руҳий мотор қўзғалиш, бесаранжомлик, кўриш қобилятининг қисқа вақт тушиб кетиши ҳисобланади. Қисқа вақт қулай кечадиган менингизм, ҳатто сероз менингизм ҳолатлари рўй бериши мумкин.

Касаллик кечишига қараб, гриппга ўхшаш, пневмотик, тифоид ва менингеал турларга бўлинади, кўпинча дастлабки иккитаси учрайди. Касаллик оғир, ўртача оғир, енгил, яширин турларда кечади. Енгил ва яширин кечаётган касалликни аниқлаш қийин бўлгани учун унга кўпинча грипп, юқори нафас йўллари яллиғланиши, ўткир респиратор касаллик каби ташхис қўйилади. Кўпинча касаллик яхши тузалиб кетмаган ҳолларда у қайталаниши мумкин. Касаллик эрта (ўткир шаклидан 2—4 ҳафта ўтгандан сўнг) ва кеч (3—6 ойдан сўнг) қайталаниши мумкин. Хасталик сурункали кечиши мумкин.

Ҳамма беморлар ҳам батамом тузалиб кетмай, (орнитознинг сурункали тури), баъзиларда астеновегетатив кўринишдаги камчиликлар, нафас йўллари ва ўпканинг сурункали яллиғланиш жараёнларини, ўчоқли пневмосклерозни қайд этиш мумкин.

Асоратлар камдан-кам бўлади, овоз тутамларининг фалажланиши, полиневритлар, радикулит, тромбофлебит, паротит, коллапс, шунингдек, энцефалитлар, миокардлар ва иккиламчи стафилококк жараёнларининг ўчоқлигидан тортиб, то генерализацияланганигача асоратларга мисол қилиб келтириш мумкин.

Ташхиси. Гуруҳли касбга алоқадор бўлган орнитозга ташхис қўйиш қийин эмас. Спорадик касалликларни аниқлаш бирмунча қийинчилик туғдиради. Симптомсиз орнитоз айрим беморларни яхшилаб текшириш натижасидагина аниқланади. Касалликнинг ўткир бошланиши, иситма кўтарилиши, эт увишиши, кўп-кўп терлаш, пульмонал синдром, нерв системасининг менингеал симптомларигача шикастланиши орнитознинг клиник белгилари ҳисобланади.

Ташхис қондан, балғамдан, бурун-ҳалқум ювинди-

ларидан, плеврал суюқлигидан (летал ҳодисалар бўлганда), аъзоларнинг бир бўлагидан олинган вирусга қараб қўйилади. Вирус беморнинг қонида биринчи 2 ҳафта давомида, балғамда ва бурун-ҳалқум ювиндисидида эса касалликнинг 26-кунига қадар аниқланади.

Орнитоз антигенларининг ҚБР ва ГАТР кўрсаткичлари титри манфийдан 1:64—1:128 гача ошиб бориши билан биринчи ҳафтанинг охири ва иккинчи ҳафтанинг бошларига бориб мусбат бўлиб қолади.

ҚБР учун диагностик титр 1:16, ГАТР учун эса — 1:512 ва ундан юқори ҳисобланади.

Иммунофлюоресцент усули. Бунда тери остига орнитоз аллергенлари билан қилинадиган синама муҳим аҳамиятга эга. Реакция касалликни аниқлашда 97,5% мусбат бўлади. Мусбат реакция 2—3 йил, касалликнинг сурункали турида эса 3—5 йил ва ундан ортиқ сақланиб қолади.

Дифференциал ташхиси. Орнитозни грипп, парагрипп, аденовирус ва бошқа вирусли респиратор касалликлари, турли этиологияли зотилжам, шунингдек, тифлар Ку-иситмаси, туляремия, бруцеллёз, юқумли моноклеоз, ўпка сили, менингит касалликлари билан дифференциал ташхис қилинади. Ташхис эпидемиологик анамнез маълумотлари ва бемордан олинган материални лаборатория усулида текширув натижасига қараб қўйилади.

Давоси. Беморларни даволашда касалликнинг этиологияси ва патогенетикасига асосланилади. Бунда, касаллик қўзғатувчисига бактериостатик таъсир этадиган қатор антибиотиклар тайинланади. Вирусли-бактериал зотилжамларда, айниқса тетрациклинга чидамли флоралар бўлган ҳолларда антибиотиклар комплексидан фойдаланилади (антибиотиклар характери антибиотикограммага биноан танланади).

Беморга яллиғланишга қарши десенсибилизацияловчи воситалардан липольфен, супрастин, димедрол, одатдаги миқдорда 5—7 кун давомида ацетилсалицил кислота, шунингдек, витамин препаратлари, юрак-гомир воситалари, дезинтоксикация эритмалари, оксигенотерапия, касаллик қайталаётганда эса физиотерапия тайинланади.

Касаллик оғир кечганда кортикостероидлар (преднизолон) буюрилади.

Касаллик қайталанганда унинг ўткир туридагидек даволанади.

Профилактикаси. Орнитоз профилактикаси ветеринария-санитария ва санитария тадбирларидан иборат.

Бетоб бўлган кишилар касалхонага ётқизилади. Касал бўлиб қолган қушлар билан ишлашга тўғри келган кишиларда ва касалликнинг касбий ўчоқларида 2 ҳафта давомида ҳароратни ўлчаш, КБР ва орнитоз антигени билан тери остига синама қўйиш орқали кузатув олиб борилади.

СУВЧЕЧАК (VARICELLA)

Ўткир юқумли касаллик бўлиб, тери ва шиллиқ қаватларга ичида тиниқ суюқлик бўлган сувчечак тошмалари тошади, бунда организмда камроқ ёки ўртача интоксикация белгилари юзага чиқади.

Этиологияси. Қўзғатувчиси жуда учувчан, ташқи муҳитга чидамсиз, сувчечак тошмалари ичидаги суюқликда учрайдиган филтрланувчи вирус.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи бемор ҳисобланиб, у бугун касаллик давомида ва касаллик тузалганидан кейин 5 кунгача юқумли ҳисобланади.

Инфекция манбаи қоплама лишай ҳам бўлиши мумкин, чунки иккала касаллик вируслари орасида боғлиқлик бор эканлиги аниқланган. Инфекция фақат ҳавотомчи йўли билан юқади. Касалликка берилувчанлик жуда кўп бўлади. Чақалоқлардан тортиб ҳамма ёшдаги болалар касалланади.

Сувчечак билан оғриб тузалгандан кейин умр бўйи иммунитет қолади.

Патогенези. Юқори нафас йўллари шиллиқ қавати инфекциянинг кириш йўлидир. Вирус терининг эпителиал ҳужайралари шиллиқ қаватини шикастлайди. Оғир ҳолларда вирус паренхиматоз аъзоларини ҳам шикастлаши мумкин. Сувчечак билан иккинчи марта оғриш камдан-кам учрайди.

Клиникаси. Касалликнинг инкубацион даври 11 кундан 21 кунгача (ўрта ҳисобда 14 кун) давом этади. Касалликнинг яширин даври кам кузатилган. Бемор ўзини лоҳас сезади, иситма субфебрил бўлади, баъзан қизамиқ ёки скарлатинага ўхшаш тошмалар тошади. Чин сувчечакда тошма юзда, бошнинг сочли қисмларида, баданда, бармоқларда пайдо бўлади. Тошмалар дастлаб пушти ранг доғчалар шаклида бўлади, кейин тезда папулаларга, ундан кейин эса ичида тиниқ суюқ-

лик бўлган гиперемия билан кескин чегараланган пуфакчаларга айланади. Пуфакчалар 1—2 кундан сўни қуриб, қора қўтир — пўст боғлайди ва 1—3 ҳафтадан кейин тушиб кетади. Сувчечак тошмалари бирин-кетин 4—5 кун давомида тошади.

Баъзан тошмалар оғиз бўшлиғидаги шиллиқ қаватларда, ҳалқумда, жинсий аъзоларда пайдо бўлади. Сувчечакда тошадиган тошмалар сони жуда хилма-хил бўлиб, уларнинг характери турлича бўлади, яъни папулёз тошмадан тортиб, пуфакча бўлиб улгурмаганигача, пустулёзгача, бруцеллёз ва гангреноз элементларигача мавжуд.

Касалликнинг енгил турларида тошмалар бутун тананинг у ер бу еридагина учраб, интоксикация белгилари аниқланмайди. Касалликнинг оғир турларида эса тошмалар кўплаб тошади, иситма кўтарилади, интоксикация белгилари юзага чиқади. Кўрсатиб ўтилган белгилар 3—4 кун мобайнида кузатилади.

Асоратлари. Сувчечакнинг асосий асоратларига иккиламчи бактериал флоранинг зотилжам билан қўшилиб келиши киради. Асоратлар кўпинча нимжон, кўп касалланиб турадиган болаларда ривожланади.

Ташхиси. Касалликнинг типик турларида ташхис унчалик қийинчилик туғдирмайди. Касаллик строфулюс типидagi экссудатив диатезнинг терида намоён бўлиши, импетиго, ҳашаротлар чақиши ва чинчечак билан дифференциал ташхис қилинади. Сувчечакда тошмаларнинг бирин-кетин тошиши, уларнинг зич бўлиши, терида чуқурроқ жойлашиши, мономорфли эканлиги, кўпинча шиллиқ қаватларнинг шикастланганлиги кузатилади.

Прогнози. Одатда ёмон эмас.

Давоси. Гигиенага риоя қилиш зарур. Бунда инфекциядан иккиламчи шикастланишнинг аҳамияти катта. Тошма пуфакчаларига 1% ли бриллиант яшили ёки марганцовка (тўқ рангда) суртиш тавсия этилади. Йирингли асоратлар ривожланганда антибиотиклар ва сульфаниламидлар қўлланади. Касаллик чўзилиб кетганда стимулловчи терапиядан фойдаланилади.

Профилактикаси. Санитария чора-тадбирлари қўлланади. Бемор уй шароитида тошма тошгандан кейин 5 кун ичида алоҳида ётқизилиши керак. Дезинфекция қилиш талаб қилинмайди. Қасал билан алоқада бўлган ва илгари сувчечак билан оғримagan болалар 11 кундан 21 кунга қадар ажратиб қўйилади.

ЧИНЧЕЧАК (VARICELLA VERA)

Ифодаланган интоксикация папуло-везикулёз тошмалар пайдо бўлиши билан кечадиган ўткир вирусли касалликдир.

Этиологияси. Қўзғатувчиси — филтрланувчи вирус. Чинчечак таркибида ДНК сақловчи йирик вируслар қаторига киради. Хужайралар зарарланганда эпидермалар ўзига хос цитоплазматик киритмалар ҳосил қилади (Гварниери таначалари). Вируслар ташқи муҳит таъсирига нисбатан чидамли бўлиб, бир неча ойлар мобайнида ўз ҳаёт фаолиятини сақлаб қолади. Улар антибиотиклар ва қатор кимёвий препаратларга чидамлидир. 3% ли хлорамин эритмаси бир соат ичида чинчечак вирусини зарарсизлантиради.

Эпидемиологияси. Бемор одам инфекция манбаи бўлиб ва у инкубацион давр охиридан тортиб, то касалликнинг бутун даври мобайнида юқумли ҳисобланади. Касалликдан ўлган кишилар ҳам жуда юқумли бўлади. Инфекция асосан ҳаво-томчи йўли орқали ўтади. Лекин касаллик буюмлар ёки кишилар орқали ҳам юқиши мумкин. Касалликка берилувчанлик барча ёшда ниҳоятда юқори бўлади. Хасталикдан тузалгандан кейин барқарор иммунитет қолади. Ҳозирги вақтда чинчечак дунё миқёсида тугатилган.

Патогенези. Вирус юқори нафас йўллари ёки тери орқали тушар экан, регионар тугунларига киради ва бу ерда кўпаяди. 1—2 кун ўтган, вирус қонда топилади, ундан паренхиматоз аъзоларга, териға кириб, тўқима хужайраларида зўр бериб кўпайиши — қайта вирусемияга олиб келади.

Ижтимоий омиллар — аҳолининг паст иқтисодий, маданий, санитария-гигиена даражаси чечакнинг тарқалишида муҳим рол ўйнайди. Чинчечак охирги марта 1977 йили Сомалида аниқланган, 1980 йилнинг май ойидан бошлаб бутун дунё ушбу дарддан ҳоли бўлди, деб эълон қилинган.

Клиникаси. Касалликнинг яширин даври 11—14 кун бўлиб, унинг кечишда 4 та давр: продромал давр (юқори ҳарорат, дармонсизланиш), тошма тошиш даври (ҳароратнинг кўтарилиши, юзда, гавда ва қўлоёқда доғсимон папулёз тошмалар пайдо бўлиши, 3—4 кундан кейин пуфакчаларга айланиши), йирингла ниш даври (3—4 кун), қуриш ҳамда пўстлоқлар ҳосил бўлиш даври тафовут қилинади. Пўст-

лоқчалар аста-аста кўчиб тушади, ўрнида характерли чандиқлар қолади.

Тошмалар асосан терининг зич қисмларида (кўпинча юзда) аниқланади. Улар бурун-ҳалқум шиллиқ қаватларида, конъюнктивада, кўпинча ҳиқилдоқда пайдо бўлади. Тахминан 40 фоиз беморларда продромал тошмалар пайдо бўлиши мумкин, булар ўз характери бўйича қизамиқ ва скарлатина тошмаларини эслатади ва кўпинча гавданинг кўкрак ва соннинг юқори қисмларида жойлашиб, тезда йўқолиб кетади. Қасаллик турлича оғирликда жуда енгил (вариолоид) бошланиб, оғир гемморрагикгача (қора чинчечак) кечади. Вариолоид — чинчечакнинг қисқа даврда кечадиган енгил туридир. У кўпинча вакцинацияланган шахсларда кузатилади. Тошмалар эрта пайдо бўлиб, улар кам ва юза бўлади (вариолоидда чандиқлар қолмайди). Чинчечакнинг абортив тури касалликнинг енгил кечиши билан характерланади. Бунда тошмалар тошмайди, умумий аҳвол кам ўзгаради ва неконтагиоз (юқумли эмас) бўлади. Чинчечакнинг оғир тури унинг гемморрагик хилидир. Қасалликнинг клиник турида леталлик 100% га етади. Қасалликдан нобуд бўлиш даражаси 5 ёшгача бўлган болалар орасида бир мунча юқори бўлади.

Асоратлари. Йирингли флора сабабли келиб чиқадиган септик жараёнлар, пневмония, энцефалитлардир.

Ташхиси. Эпидемиологик маълумот ҳисобга олинган ҳолда касалликнинг клиник манзарасига асосланиб қўйилади.

Лаборатория текширувларига микроскоп, иммунофлюоресцент, вирусологик, серологик (ГАТР ва бошқ) усуллар киради. Шошилиш ташхис қилиш лозим бўлган ҳолларда (вирусни аниқлаш учун) ЭГАР дан фойдаланилади.

Дифференциал ташхиси. Чинчечак касаллигини сувчечак, доридан келиб чиқадиган тошмалар, қизамиқ, қизилча, полиморф экссудатив эритема, импетиго, сепсис, скарлатина каби касалликлардан ажрата билиш лозим.

Прогнози. Жуда жиддий, леталлик баланд.

Давоси. Симптоматик. Янги вакцинацияланган одамлар зардобидан тайёрланган махсус иммуноглобулин ва тиосемикарбозон, ўз таркибида сақловчи кимёвий дорилар чинчечакга қарши вакцинани вирусга таъсир қилиш учун ишлатилади.

Профилактикаси. Қасаллик пайдо бўлганда ҳамма ташкилий-эпидемиологик тадбирларга қатъий риоя қи-

лиш керак (касаллик бошлангандан 40 кун ичида беморларни касалхонага ётқизиш, яхшилаб кундалик ва охирги дезинфекцияни ўтказиш, бемор билан алоқада бўлган барча шахсларни чинчечакка қарши эмлаш, 14 кун муддатга карантин тайинлаш ва бошқ).

Бемор билан алоқада бўлган эмланган шахсларни 7—8 кун ичида ревакцинация қилиш касалликнинг олдини олади.

Организмга гипериммун вакцинали иммуноглобулин билан бирга киритилган чинчечакка қарши вакцина ҳимоя таъсирини 4 марта, метисазон эса 16 марта оширади. Метисазон ичиш учун 10—20% ли суспензия кўринишида тайинланади. Бирламчи миқдори 200 мг/кг дан, кейингиси ҳар 6 соатда 50 мг/кг дан, ҳаммаси бўлиб 8 мартаба берилади.

ЭПИДЕМИК ПАРОТИТ (ТЕПКИ) (PAROTITIS EPIDEMICA)

Ўткир инфекцион вирусли касаллик бўлиб, асосан сўлак безларини, қулоқ атрофидаги безларни шикастлайди.

Этиологияси. Қўзғатувчиси ташқи муҳитда резистентлиги кам бўлган филтрланувчи вирусдир. Бу қўзғатувчи парамиксовируслар гуруҳига киради. Вирус ўз таркибида РНК ни тутиб, унинг қобиғи таркибига гемагглютининлар, гемолизинлар, нейраминидазалар киради.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи шу касаллик билан оғриган бемор ҳисобланади, унинг юқумлилиқ даври инкубацион даврининг охирги кунидан бошланади ва 7—9 кун давом этади. Инфекция асосан ҳавотомчи йўли билан юқади. Кўпинча 5 ёшдан 15 ёшгача бўлган болалар касалланади. Кичик ёшдаги болалар орасида бу касаллик кам учрайди, бир ёшгача бўлган гўдакларда учрамайди. Бемор тузалгандан сўнг, унда турғун иммунитет пайдо бўлади. Паротитнинг эпидемияси йилнинг ҳамма фаслларида, кўпроқ куз ва баҳор ойларида қайд этилади.

Юқори нафас аъзоларининг шиллиқ пардалари инфекциянинг кириш дарбозаси бўлиб хизмат қилади, вирус шу аъзолар орқали қон оқимиغا тушади, кейин сўлак безлари ва бошқа жойларда иккиламчи ўрнашади.

Клиникаси. Касалликнинг инкубацион даври 18—20 кун, баъзан 11 кундан 23 кунгача чўзилади. Касаллик сўлак бўзлари шишидан (кўпинча бир томони) бошланади. Сўлак безининг шишганлиги, айниқса ат-

рофи кўриниб қолади, кейин шиш қулоқ орқасига ва остига тарқалади. У хамирга ўхшаш бўлади, терининг кўриниши ўзгармайди. Бола овқатни чайнаганда ва ютганда оғриқ сезади. Баъзан бу жараёнда жағ ости сўлак безлари ҳам иштирок этади. Шиш бир неча кун туради, ҳеч қачон йирингламайди ва 8—10- кунга бориб, бутунлай йўқолиб кетади.

Кўпчилик болаларда касалланиш жараёнида фақат қулоқ атрофидаги сўлак безлари эмас, балки жағ ости сўлак безлари ҳам шикастланади. 10—15 фоиз беморларда фақат жағ ости сўлак безларининг шикастланиши кузатилади. Бу ҳолда шиш жағнинг пастки қисмида овалсимон шаклда бўлади. Баъзан касалликнинг яширин даври аниқланади. Тепкида ўткир орхитлар, софторитлар, панкреатитлар, серозли менингитлар, бундан ташқари, энцефалитлар, эшитиш нервлари зарарланиши камроқ қайд этилади.

Ташхиси. Асосан клиник, эпидемиологик маълумотларни ҳисобга олиб қўйилади. Бу касалликни бўйин лимфаденити, иккиламчи паротитлар (кўпинча йирингли), токсик дифтерия, турли этиологияли сўлак безлари шишгунча пайдо бўлган менингеал симптомлари, сероз менингитлар, сил энтеровирусли менингитлардан дифференциал ташхис қилиш лозим. Ташхис қўйишда сийдикдан диастазнинг миқдорини аниқлаш муҳим аҳамият касб этади. Беморларда кўпинча биринчи ҳафтанинг ўзидаёқ диастаз ошган (32 бирликдан ортиқ) бўлади. Эпидемик паротитнинг диагностикасида бирмунча қийинроқ бўлган зардоб билан нейтраллаш реакциясидан ҳам фойдаланиш мумкин. Касаллик авж олаётган пайтда энг мақбул усул комплемент боғловчи антителоларни аниқлашдир.

Оқибати. Касаллик энгил кечиб, кўпинча бемор бутунлай соғайиб кетади.

Давоси. Симптоматик, яъни ўрин-кўрпа қилиб ётиш, касалликнинг ўткир даврида шикастланган сўлак безларини иссиқ тутиш, соллюкс лампаси ёрдамида нур ва УВЧ бериш каби тадбирлар яхши ёрдам беради.

Профилактикаси. Бемор касаллик бошлангандан 9 кунга алоҳида қилиб қўйилади. У билан алоқада бўлган болалар алоқа бўлган кундан бошлаб 21 кунга алоҳида ётқизиб қўйилади. Бу касалликка қарши фаол иммунизация мақсадида ишлатиш учун тирик зардоб (эмланганлар орасида касалликни 10 марта камайтиради) мавжуд.

ПОЛИОМИЕЛИТ (POLIOMELITIS)

Болаларнинг орқа мия фалажи, эпидемик фалаж, Гейне-Медин касаллигидир. Полиомиелит ўткир вирусли касаллик бўлиб, нерв системасининг шикастланиши, ичакда ва бурун-ҳалқум шиллиқ пардаларида яллиғли ўзгаришлар борлиги билан характерланади.

Этиологияси, эпидемиологияси. Қўзғатувчи ташқи муҳитга анчагина чидамли бўлган вирусдир. Вируснинг 3 серотиплари (I, II, III) фарқ қилинади. Беморлар, реконвалесцентлар ва соғлом вирус ташувчилар касаллигининг юқумли манбаи бўлиб ҳисобланадилар. Вирус бурун-ҳалқум шиллиғи ва чиқиндилари орқали ташқарига ажралади.

Болалар орасида полиомиелитга қарши эмлаш ишлари кенг олиб борилганлиги туфайли бу касаллик кам учрайди.

Патогенези. Бурун-ҳалқум ва ҳазм йўли инфекциянинг кириш дарвозасидир. Инфекция бу ерда кўпаяди ва қонга тушади, кейин бош ва орқа мияга боради. Қўзғатувчининг нерв толалари орқали тарқалиши ҳам эҳтимолдан ҳоли эмас. Касаллиқнинг ўткир босқичида бош ва айниқса, орқа мия ва пардалари шишиши, қон тўлиб қолиши, кўпинча мия тўқималарига қон қуйилиб қолиш ҳоллари ҳам кузатилади.

Гистологик текширилганда орқа мия кул ранг моддаси олдинги шохларининг нерв ҳужайраларида ва қатор ҳолларда бош мия ўзагида токсик-дегенератив ўзгаришлар аниқланади. Мия пўстлоғи, пўстлоқ ости тугунлари, гипоталамик соҳаларга камроқ зарар етади. Ички аъзолардан кўпинча юрак ва ўпка шикастланади.

Клиникаси. Касаллиқнинг бир неча клиник турлари фарқ қилинади.

Абортив тури кўпинча эпидемия тарқалганда кузатилади ва катарал ҳодисалар ва меъда-ичак бузилишлари билан ўтадиган енгил инфекцион касаллик сифатида кечади. Орқа мия суюқлигида баъзи ҳужайралар сонининг кўпайганлиги ва қанд даражасининг ошганлиги аниқланади.

Апаралитик тури сероз менингит симптомлари — бош оғриғи, қайт қилиш, лоҳаслик билан характерланади. Орқа мия суюқлигида цитоз ошиб кетади. Одатда из қолдирмай, 3—5 кунда ўтиб кетади.

Паралитик турида 6 давр ажратилади. 1. И н к у б а ц и о н д а в р, у 6 кундан 12—17 кунгача давом этади. 2. Касаллиқнинг п р о д р о м а л д а в р и, умумий аҳвол-

нинг ёмонлашуви, иситманинг кўтарилиши, катарал ҳодисалар, меъда-ичак бузилишлари, вегетатив нерв системасининг бузилиши билан кечади. 3. Ўткир иситмали ёки препаралитик иситманинг кескин 38—39°C гача кўтарилиши, тўсатдан бош оғриши, қайт қилиш, инжиқлик, уйқучанлик ёки уйқусизлик билан кечади. 2—3 кундан кейин менингеал синдром ривожланади. Терлаш, тери қопламлари гиперемияси, нерв толалари ўтган жойларда оғриқ, пай рефлекслари асимметрияси, тери рефлексларининг пасайиб ёки йўқолиб кетиши аниқланади. 4. Паралитик даври юқори ҳарорат билан кечади. Фалажланиш тўсатдан пайдо бўлиб, аста-секин ривожланиб бориб, бир неча кундан кейин ўзининг энг юқори нуқтасига етади. Кўпинча оёқ, баъзан қўл проксимал мушаклари шикастланади.

Неврологик текширишда периферик фалажланишнинг ҳамма белгилари юзага чиқади: пай рефлексларининг пасайиши ёки йўқолиб кетиши, гипотония, мушаклар атрофияси. Жараён локаллашганда чаноқ аъзоларининг фаолияти бузилади (ахлат ва сийдикни тутиб туролмаслик ёки уларнинг ушланиб қолиши). Асосан орқа миянинг кўкрак ва бўйин сегментларининг шикастланиши бир мунча хавфлидир, чунки бу ҳол нафас мушакларининг парези ва фалажини келтириб чиқариши мумкин. Жараённинг узунчоқ мияда локализацияланиши IX, X, XI ва XII мия-чаноқ нервларининг шикастланишига сабаб бўлиши мумкин (ютқин, нафас олиш ва қон айланиш бузилишининг бульбар тури).

5.1—1,5 ҳафта фалажланишдан сўнг қайтиш даври бошланади. Аста-секин ҳаракатларнинг тикланиши юз беради. Айрим ҳолларда қайтиш даври 3 йилгача чўзилиб кетиши мумкин. 6. Ҳаракатлар тўла тикланмаган ҳолларда фалажланган бармоқларда қолдиқ ҳодисалар даври кузатилади. Булар суст фалажланиш ёки парезлар, баъзан контрактураларнинг мавжудлиги билан характерланади.

Спинал ва бульбар тури мушакларнинг фалажланиши билан кечади. Эпидемия авжига чиққан маҳалларда касалликнинг иситманинг юқори бўлиши, ҳушдан кетиш, нутқнинг бузилиши, қалтироқ босиши ва бошқа симптомлар билан кечадиган энцефалитик тури учраб туради. Хасталикнинг бу турида миянинг пўстлоқ ости соҳаси, вестибуляр ва мияча системаларининг шикастланиши кузатилади. Қонда ЭЧТ (эритроцитлар чўкиш тезлиги)нинг ошиши ва қатор лимфопения ҳодисалари кузатилади. Орқа мия суюқлиги кўпинча ўзгарган бў-

лади. Қатор ўзгариш белгиларини касалликнинг бошланишидаёқ аниқлаш мумкин. Касалликнинг биринчи кунларида ликвор босими ошган, суyoқлик тиниқ бўлади. Ҳужайралар сони 50—100 га етади. (полинуклеар цитоз). Оқсил миқдори касалликнинг биринчи кунларида кўп бўлмайди. Кейин аста-секин оқсил ва ликвор нормаллашади.

Асоратлари. Пневмония, ўпка ателектазлари, интерстициал миокардит (баъзан касалликнинг бульбар турларидан меъданинг ўткир кенгайиши ривожланади), қон оқиши билан кечадиган оғир меъда-ичак бузилишлари, яралар пайдо бўлиши.

Ташхиси. Полиомиелитни паралитик босқичдан олдин аниқлаш қийин бўлади. Ташхис клиник симптомлар, эпидемиологик маълумотлар ва лаборатория текширувларига асосланиб қўйилади. Ташхиснинг тўғрилигини тасдиқлаш учун вирус юқтириш (тўқималар культурасига) ёки КБР да ва янги зардобдан олинган махсус антигенлар билан преципитация реакциясини ўтказиш мумкин.

Дифференциал ташхиси. Полиомиелит ўткир миелит, полирадикулоневрит, ботулизм, кана энцефалити каби касалликлар билан дифференциалланади.

Прогнози. Кўпинча дуруст.

Давоси. Бу касалликка шубҳа қилинган шахслар камида 40 кунга дарҳол касалхонага ётқизилади. Беморнинг хонаси ва шахсий буюмлари ҳаво-томчи ва ичак инфекцияларидаги каби дезинфекция қилинади. Беморни парвариш қилиш шахсий гигиена қоидаларига қатъий риоя қилинган ҳолда олиб борилади. Бемор фойдаланган идиш-товоқлар қайнатилади, унинг ажратмалари (ахлати, сийдиги, балғами) дезинфекцияланади. У билан алоқада бўлган шахсларга 15—20 кун муддатга карантин тайинланади. Бемор билан алоқада бўлган 14 ёшли болаларга 2 маротаба 3—6 мл дан гаммаглобулин тавсия этилади. Фалажланиш даврида касалликни даволаш организмнинг ҳимоя қобилятини оширишдан ва организмга қон зардобини юбориб, кучсиз иммунитет ҳосил қилишдан иборат. Беморга бериладиган овқат тўйимли ва унда етарли миқдорда витаминлар бўлиши зарур. Қўшимча равишда суткасига 1,5 г дан витамин С, В₁₂ (50—100 мг дан кунора, 2—3 ҳафта давомиди), В₁ (0,5% ли эритмаси 0,5—1 мл дан) бериб турилади. Турли аминокислоталар қўлланилади. Гипертензияга қарши курашиш мақсадида венага 40% ли глюкоза ва 40% ли уротропин эритмаси юборилади.

Оғриққа шикоятлар бўлган ҳолларда иссиқ муолажалар (иссиқ қилиб ўраб қўйиш, грелкалар, иссиқ ванналар) ва аналгетик воситалар (аналгин, амидопирин ва бошқ) тайинланади. Бульбар бузилишларда ҳалқумдан шиллиқ чиқариб ташланади, парентерал йўл билан суюқлик юборилади. Юрак фаолиятининг бузилиши адреналин қабул қилишни, нафаснинг бузилиши эса сунъий респираторлар қўллашни талаб қилади. Қасалликнинг ўткир босқичида ва унинг асбратларига қарши ёшга қараб антибиотиклар ва сульфаниламидлар тайинланади. Хасталикнинг биринчи кунлариданоқ прозерин, дибазол, секуренин, галантамин, оксазил юборилади. Бу препаратлар организм ўз ҳолига келаётганда ва қолдиқ ҳодисалар бўлганда ҳам буюрилади. Прозерин ичиш учун 0,0015—0,003 г ёки 0,1—0,5 мл 0,05% ли эритмаси 8—10 кун давомида тери остига, дибазол 0,001—0,002 дан бир ёшгача (0,001—0,002 г дан унинг иккиламчи курслари), галантамин 0,25% ли эритмаси 0,1 мг дан бир ёшгача, 0,2 мл 2—3 ёшгача, 0,2 мл 2—3 ёшгача, 0,3—0,5 мл 3—7 ёшда кунига 1 марта тери остига тайинланади. Секурениннинг 0,4% ли эритмаси 1 ёшгача 1 томчидан кунига 2 марта берилади. Организмнинг тикланиш даврида қолдиқ ҳодисалар бўлганда физиотерапевтик муолажаларга, шунингдек, массаж ва даволаш гимнастикасига алоҳида эътибор қилинади. Бошида енгил, иссиқ муолажалар, кейинроқ УВЧ, енгил массаж ва гимнастиканинг содда машқлари ўтказилади. Кейин эса фаол гимнастикага ўтилади. Массаж ва гимнастикани ваннада, кичик сув ҳавзасида ўтказган маъқул. Қолдиқ ҳодисаларни даволашни стационарда бошланади, кейин эса махсус санаторийларда давом эттирилади, шу билан бирга иссиқ аппликациялар ҳам кенг қўлланади.

Профилактикаси. Формалин ёрдамида сувсизлангирлан вирусни мушак орасига юборилади ва тирик аттенуирланган зардоб (Себин бўйича эмлаш календарига қаранг) касалликнинг фаол профилактикасида кенг қўлланади. Вакцинациялаш касалликнинг бутунлай йўқолиб кетишига олиб келади

СОХТА СИЛ (ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗ)

Узоқ Шарқ скарлатинасига ўхшаш ўткир инфекция касаллик бўлиб, умумий интоксикация, иситма, экзантема, ингичка ичак, жигар ва бўғимларнинг ши кастрланиши билан кечади.

Этиологияси. Одамларда ва ҳайвонларда сохта сил қўзғатувчиси *yersinia pseudotuberculosis* ҳисобланади. Сохта сил иерсиниялари чўзинчоқ шаклдаги грамман-фий таёқчалардир. Бульон културасидан олинган сурт-ма биполяр бўлади, занжирсимон жойлашади. Спора ҳосил қилмайди, капсуласи бор. Бу қўзғатувчи паст ҳароратда ($-18-22^{\circ}$) ҳам ҳаракатчан. Сохта сил иерсиниясининг R- ва S- турлари фарқ қилинади. R- тури S- турига қараганда 2 марта узун бўлади, ўзида осми-офил киритмалар ва қўзғатувчининг вирулентлиги би-лан боғлиқ бўлган йирик гранулалар тутмайди.

Сохта сил микроблари ташқи муҳитда, айниқса озиқ-овқат маҳсулотларида ва тупроқда чидамли бўлади. Бу микроблар паст ҳароратларда ҳам тирик қолади ҳам кўпаяди.

Эпидемиологияси. Кемирувчилар сохта сил қўзғатувчисининг манбаи ҳисобланади. Улар ташқи муҳитни инфлоасантириб, сабзавотлар орқали одамлар, айниқса катта хўжаликларда сақланадиган уй ҳайвонлари ва паррандаларнинг зарарланишига сабаб бўлади. Сабзавотлар сақлаб қўйилганда қўзғатувчи тез кўпайиши натижасида инфекция юқтириш сезиларли даражада ўсади. Қатор ҳолларда касал мушуклар, итлар ва бошқа уй ҳайвонлари билан алоқада бўлиш ҳам сохта силга сабаб бўлади. Касаллик билан одамнинг касалланиши бутун йил давомида қайд қилинади, лекин касаллик асосан қиш-баҳор ойларида кўпаяди.

Патогенези ва патологик анатомияси. Одамга касаллик асосан меъда-ичак йўли орқали юқади. Қўзғатувчининг организмга патологик таъсир этадиган жойи ингичка ичакдир. У ингичка ичак деворларидан ўтиб, бу ерда бирламчи энтерит ҳосил қилади.

Сохта сил микроблари ичакдан қорин лимфа тугун-ларига ўтиб, лимфангоит ва регионар лимфаденит ривожланишига сабаб бўлади. Бу ерда қўзғатувчи депоси пайдо бўлиб, у шу ердан қонга ўтади, ички азоларда токсемия ва гематоген диссеминациясини келтириб чиқаради ҳамда генерализланган ретикулёзнинг ўткир ривожланишига сабаб бўлади. Иммунитетнинг носпецифик омиллари пасайиб кетганда қўзғатувчи организмда кўпая бошлайди. Патогенетик жиҳатдан қуйидаги босқичлар фарқ қилинади: ю қ и ш б о с қ и ч и—қўзғатувчининг ичакка ўтиши. Қўзғатувчининг м о с л а ш у в б о с қ и ч и, яъни ичак деворларининг инвазияланиши ва ундаги қўзғатувчининг фиксацияланиши, бунда дескваматив-эрозив энтерит ривожланади. Р е г и о н а л и н-

фекция босқичи бунда қўзғатувчи қорин лимфа тугунларига ўтиб, бу ерда лимфангоит ва лимфаденитнинг ривожланишига сабаб бўлади. Генерализация ланиш даври бунда бактериемиа ва токсемия келиб чиқади, оқибатда ўткир генерализланган ретикулёз, ички аъзоларнинг дисциркуляр ўзгаришлари, эндопериваскулитлар перибронхитлар, интерстициал ва ўчоқли зотилжам, эрозив-ярали колит ва бошқа касалликлар келиб чиқади

Касаллик енгил кечганда инфекциянинг сўниш босқичи бошланади, бунда морфологик реакциялар содир бўлади ва организм қўзғатувчидан халос бўла бошлайди.

Клиникаси. Инкубацион даври 4 кундан 18 кунгача чўзилади, кейин касалликнинг 1—6 кун давом этадиган бошланғич даври ривожланади ва авжга чиқиш даври кузатилади. Касалликнинг сўниш ва реконвалесцент даврида хасталик қайта авж олиши мумкин.

Касалликнинг бошланғич (продромал) даври интоксикация ҳолатлари (кўнгил айниши, қайт қилиш, бош оғриши), баъзи бемор болаларда бўғимлар ва меъда-ичак йўли бузилишининг локал симптомлари, кўпинча оғиз-бурун учбурчагининг оқариши билан аниқланадиган юз гиперемияси (бу баъзан бўйин терисига ва кўкракнинг юқори қисмига ҳам ўтиши мумкин) билан бирга давом этади. Қўз шох парда томирлари (склералари)га қон қуйилган бўлади. Беморларнинг деярли бешдан бир қисмида ютинганда оғриқ, йўтал ва тумов қайд қилинади. Беморнинг ичи равон келмайди. Бу давр баданга тошма тошиши, тошма бўлмаганда эса биринчи иситма тўлқини билан тугайди.

Касаллик авж олганда беморларнинг умумий аҳволи ёмонлашади, иситма кўтарилади, интоксикация кучаяди. Оғир ҳолларда менингизм ҳодисалари қайд қилинади. Юз ва бўйин гиперемияси, бармоқлар, оёқ қафтларининг қизариб шишиши кузатилади. Касалликнинг биринчи кунлари тилни оқ караш боғлайди, кейинроқ у малина рангига ўхшаб қизаради. Танглай шишуви ва гиперемияси зўрайиб боради, лекин бу касаллик учун йирингли ангина хос эмас. Жағ ости лимфа тугунларининг унчалик катталашгани билинмайди. Иситманинг ошиб бориши сохта сил касаллигининг доимий симптомлари ҳисобланади. Болаларнинг 60 фоизи да иситма 38—40°га етади ва ўрта ҳисобда 4—7 кун сақланиб туради.

Касаллик авжига чиққанида, бу касалликка хос

симптомлардан тошма тошиши болаларнинг 85 фоизида қайд этилади. Кўпроқ скарлатинага ўхшаш тошмалар аниқланади. Бунда сохта силнинг скарлатинага ўхшаш тури фарқ қилинади. Сохта сил касаллиги авжига чиққанда маҳаллий локал симптомларнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши, бу касалликка худди гепатит, аппендицит, гастроэнтерит, артрит касалликлари каби мустақил касаллик характери беради. Касаллик клиникасида у ёки бу симптомларнинг мавжудлигига қараб касалликнинг турлари фарқ қилинади.

Сохта силнинг скарлатинага ўхшаш, кейин эса генерализланган, абдоминал, артралгик, сариқ ва аралаш турлари ажратилади. Шунингдек, катарал, яширин кечадиган ва латент турлари ҳам мавжуд. Касалликнинг кечишига қараб енгил, ўртача оғир ва оғир турлари фарқ қилинади. Улар енгил хуружлар, қайталаниш ва асоратлар билан ўтади.

Сохта сил касаллигининг енгил кечаётган типик турлари иситманинг субфебрил бўлиши, интоксикация белгиларининг сустр ифодаланиши ёки умуман бўлмаслиги, қисқа вақт тошма тошиши, унчалик аҳамиятсиз маҳаллий ўзгаришлар билан характерланади. Касаллик ўртача кечаётганда тана ҳарорати $38-39^{\circ}$ гача кўтарилади. Интоксикациянинг ифодаланадиган белгилари қайд этилади, кўплаб тошма тошади, маҳаллий симптомлар яққол билинади, лекин тез ўтиб кетади.

Касалликнинг оғир турларида иситма жуда юқори, интоксикация белгилари сезиларли бўлади, бутун танга тошма тошади, меъда-ичак йўлида, бўғимларда, жигарда турғун зарарланиш белгилари кузатилади.

Касаллик атипик кечганда ҳолсизлик, иситманинг субфебрил бўлиши, танглай гиперемияси, конъюнктивит, тумов, йўтал аниқланади, кўпинча ўткир респиратор касаллик аломатлари кузатилади. Беморларнинг аҳволи 3—5-кун и яхшиланади, лекин бунда касаллик рецидивлари ҳам бўлиши мумкинки, бунга ўткир касаллик сифатида қаралади. Рецидивларнинг келиб чиқиши болаларда касаллик турига қараб 16—22 фоизни ташкил қилади. Касаллик ўткир давридагидан фарқли ўлароқ, рецидивлар клиникасида у ёки бу аъзонинг зарарланиши устун туриб, интоксикация аломатлари иккинчи даражали аҳамиятга эга бўлади. Рецидивлар бир ой давом этади.

Касалликнинг ҳар бир босқичидан сўнг (бошланғич, касаллик авж олганда, рецидив) соғайиш даври бўлиши

мумкин. Клиник соғайишнинг асосий шартлари тана ҳароратининг турғун нормаллашуви (10 кун ва ундан ортиқ), локал шикастланишларнинг йўқолиши, қон, сийдик анализларининг нормаллашувидир.

Ташхиси. Клиник аломатларнинг турлича бўлиши ташхис қўйишни қийинлаштиради. Ташхисни тўғри қўйишда эпидемиологик анамнезни чуқур ўрганиб, бактериологик ва серологик текшириш усуллари ва клиник кузатувлар динамикасини ҳисобга олиш муҳим аҳамиятга эга. Қасаллик манзараси билан тўғри келадиган ташхис қўйишда қўзғатувчини ажратиш лозим. Бактериологик текшириш учун беморларнинг ахлати, қони, балғами ва бурун-ҳалқум ювиндиларидан фойдаланилади. Қасалликнинг биринчи кунларида мусбат экмалар тезлиги ўсиб боради. Лаборатория усулларида бирмунча кўпроқ тарқалган усуллар серологик реакциялардир: агглютинация (АР), преципитация реакцияси (ПР), комплемент боғлаш реакцияси (КБР), эгри гемагглютинация реакцияси (ЭГАР), эгри гемагглютинация тормозлаш реакцияси (ЭГЛТР), иммунофлюоресценция (ИФР), бактериал лизис реакцияси (БЛР) шулар жумласидандир.

Амалда кўпинча АР (диагностик титр 1:100 ва ундан баланд) ва ЭГАР дан (диагностик титр 1:200 ва ундан юқори) фойдаланилади.

Серологик текшириш усулларнинг диагностик аҳамияти иккиламчи текширишларда ҳам ортиб боради. Сохта сил касаллигини скарлатина, холецистит, гепатит, аппендицит, энтеровирус касалликлари, бод, тиф-паратифоз касалликлар ва сальмонеллёз касалликлари билан дифференциал ташхис қилинади.

Прогнози. Қасалликнинг турига, даволашнинг қачон бошланганига боғлиқ.

Оқибати ёмон эмас.

Давоси. Сохта сил касаллигининг ҳар қандай тури билан оғриган болаларни касалхонага ётқизиш шарт эмас. Жигар шикастланиши симптомлари бўлмаганда беморга парҳез тайинлаш ҳам зарур эмас. Жигар шикастланганда овқатланиш учун 5-сон парҳез, клиник манзара авжига чиққандаги абдоминал симптомларда 4-кейин 2-(Певзнер бўйича) парҳез дастурхон тайинланади. Антибиотиклардан ёшга қараб 5—7 кунга левомицетин, гентамицин буюрилади. Қасаллик хуруж қилганда (қайталанганда) бошқа антибиотиклар ёрдамида такрор даво курси ўтказилади.

Интоксикацияда электролит балансини ҳисобга олган ҳолда сув-туз эритмалари юборилади (10% ли глюкоза эритмаси, ош тузининг физиологик эритмаси, полиион эритмалари, қуйи молекуляр полимерларни, қон препаратларини қон ўрнини босувчи эритмаларни). Касаллик оғир кечганда қисқа курсли гормонлар терапияси тавсия этилади. Миокард зарарланганда кордиамин, стрихнин, кофеин кўрсатилган. Ўткир юрак етишмовчилигида (эндотоксик шок) адреналин, эфедрин, метазон буюрилади. Геморрагик синдром ривожланганда тромблар ҳосил бўлишининг олдини олиш мақсадида антикоагулянтлар (гепарин) тайинланади.

Кучли артралгия синдроми ифодаланган болаларга натрий салицилат, амидопирин ва аналгин буюрилади.

Профилактикаси. Санитария-эпидемиологик хизматни яхши йўлга қўйиш, дератизация чора-тадбирлар кўриш, сохта сил бўйича нохуш объектларни аниқлаш ва ҳисобга олиш, уларни соғломлаштириш. Ҳар кварталда камида бир марта кемирувчиларни тутишни йўлга қўйиш лозим. Сохта сил профилактикасида озиқ-овқат маҳсулотларига инфекция тушишининг олдини оловчи ва чекловчи чора-тадбирларни ўтказиш муҳим аҳамиятга эга. Бунга озиқ-овқат сақланадиган омборларда вақти-вақти билан дезинфекция ўтказиш билан эришилади. Сохта сил билан касалланганлар пайдо бўлиши билан эпидемияга қарши чора-тадбирлар кучайтирилиши зарур. Беморлар госпитализация қилингандан сўнг, охириги дезинфекция ўтказилади. Касаллик келиб чиққан жойлардаги сабзавот ва тузламалардан тайёрланган овқат ва салатларни истеъмол қилишга рухсат этилмайди. Шунингдек, овқатланиш муассасалари, савдо ходимлари, болалар муассасаларининг ишчилари орасида сохта сил қўзғатувчиларини ташиб юрувчиларни аниқлаш зарур. Сохта силнинг махсус профилактикаси ишлаб чиқилмаган.

САРАМАС (ERYSIPELAS)

Умумий токсик, А гуруҳига мансуб бета-гемолизтик стрептококклар келтириб чиқарадиган, терининг юза сатҳлари зарарланадиган юқумли касалликдир.

Этиологияси. Сарамас қўзғатувчиси асосан гемолизтик стрептококклар бўлса-да, лекин бу касалликни стрептококкларнинг бошқа турлари, яъни яшил стафилококклар ёки пневмококклар ҳам келтириб чиқариши мумкин.

Эпидемиологияси. Кўпчилик ҳолларда касаллик са-

рамасга учраган беморлар билан алоқада бўлмасдан туриб, мустақил равишда келиб чиқади. Болалар катталарга қараганда камроқ касал бўладилар.

I ёшгача бўлган болалар, айниқса чақалоқлар ҳаммадан кўра кўпроқ касалланадилар. Касаллик экзоген ва эндоген (лимфоген) йўл билан юқади. Экзоген йўл билан инфекция шилинган тери орқали ўтади. Лимфоген йўл билан эса касаллик қўзғатувчининг лимфа йўллари орқали, яллиғланишнинг бошқа ўчоқларидан (остеомиелит, флегмона, ангина, тишлар кариеси ва бошқ) юқади.

Патогенези. Терига тушган стрептококклар лимфа тугунларида жойлашади, кейин лимфа томирлари орқали турли аъзоларга тарқала бошлайди. Интоксикацияни эндо- ва экзотоксинлар, стрептококкларнинг бошқа токсик субстанциялари келтириб чиқаради. Стрептококкларнинг маҳсулотлари инфекциянинг тарқалишини енгиллаштиради. Сарамас тез-тез қайталашиб туришга мойиллиги билан таърифланади.

Сарамас ва рецидивларнинг келиб чиқиш механизмида олий нерв фаолиятининг аҳволи ва организм қаршилигини сусайтирувчи ҳамда латент инфекцияни фаоллаштирувчи эндоген ва экзоген омилларнинг нохуш таъсири аҳамиятга эга.

Сурункали яллиғланиш жараёнлари, сурункали тери касалликлари, ўткир яллиғланиш касалликлари, майда жароҳатлар, совуқ қотиш нохуш таъсирлар жумласига киради.

Бордию, сарамас қўзғатувчиси лимфатик тўсиқ орқали терининг чуқур қаватларига кириб қолса, тери ости абсцесслари, бактериемия ва метастатик яллиғланиш ўчоқлари ривожланади. Бу асосан нимжон, кучсиз, тез-тез касал бўладиган болаларда қайд этилади.

Клиникаси. Сарамаснинг инкубацион даври бир неча соатдан 3—7 кунгача давом этади. Касаллик одатда бирдан эт увишиши, тана ҳароратининг тезда 39—40° га чиқиб кетиши, умумий ҳолсизлик, бош оғриши, баъзан қайт қилишдан бошланади. Бир неча соат ёки 1—2 кундан кейин терининг у ёки бу ери қизариб, шиш пайдо бўлади, шу жойни ушлаб кўрганда тери қизиши, оғриқ пайдо бўлиши, атрофлари аниқ кўриниб тўрувчи яллиғланиш кузатилади. Қизариш периферия бўйлаб тарқала бошлайди, четлари ғадур-будур бўлиб, соғлом теридан яққол ажралиб туради. Катта ёшдаги болаларда сарамас кўпинча юзда, бўйинда, кўкрак ёшидаги болаларда эса баданда, баъзан оёқ-қўлларда жойлаш-

ган бўлади. Яллиғланиш даражаси, характери ва касалликнинг келиб чиқишига қараб, сарамаснинг бир неча турлари: эритематоз, везикуляр, буллёз, геморрагик, флегмоноз ва гангреноз турлари ажратилади. Кўкрак ёшидаги болаларда кўпинча касалликнинг эритематоз тури кузатилади.

Касалликнинг тарқалишига қараб, маҳаллий ёки чегараланган, тарқалган ва адашган турлари фарқланади. Хасталик одатда 6—14 кун давом этади, баъзан бор-йўғи 2 кунда ўтиб кетиши мумкин. Баъзи ҳолларда эса, айниқса, адашган турида бир неча ҳафтагача давом этиши мумкин. Сарамаснинг эрта қайталаниши ҳам кузатилган, бунда касаллик соғайгандан бир неча кундан кейин рецидив келиб чиқади. Кеч рецидивларда эса касаллик бир неча ой ёки йилдан кейин қайталайди. Касаллик рецидивлар билан кечганда узоқ давом этиб, бир неча йиллар, ҳатто ўн йиллаб давом этиши мумкин. Теридан ташқари сарамас шиллиқ пардаларда, бурун, оғиз, ютқин, трахея ва бронхларнинг шиллиқ қаватларида ҳам аниқланади. Қонда лейкоцитоз, чап томонга силжиган нейтрофилёз кузатилади. Кўпинча лимфоцитоз ва моноцитоз кузатилиши мумкин. ЭЧТ одатда ошган, кўкрак ёшидаги болаларда у узоқ вақтгача юқори даражада (20 мм/с) сақланиб қолади. Сарамас кўкрак ёшидаги болаларда фаоллиги, тез тарқалиши ва кўпинча адашган турига айланиши билан характерланади. Ҳозирги вақтда, одатда касаллик боланинг соғайиши билан якунланади.

Ташхиси. Клиник маълумотларга асосланади. Стрептококк инфекциясида иммунологик реакциялар (антистрептолизин титрини аниқлаш) диагностик аҳамиятга эга. Сарамасни инфекцион эритема, пиодермиядан ажрата билиш керак.

Асоратлари. Флегмона, тери абсцесслари, флебитлар, тромбо-флебитлар, зотилжам, сепсис ва бошқалар.

Давоси. Сарамасда комплекс даво қабул қилинган: этиотроп воситаларини (пенициллин қаторига оид антибиотиклар билан бирга, эритромицин, тетрациклин) стимулловчи терапия билан (гемотерапия, гемотрансфузия, плазма ва иммуноглобулин қуйиш) қўллаш, десенсибилизацияловчи терапия, антигистамин, витаминли ва гормонал препаратлар, ультрабинафша нурлар, УБН ва симптоматик терапия кабилар шулар жумласидандир. Сарамаснинг сурункали қайталовчи турини умумий даволаш усуллари қатори гормонотерапия билан қўллаш бирмунча самаралироқдир.

Профилактикаси. Сарамас профилактикасида терини озода тутиш катта аҳамиятга эга, шунингдек, инфекция ўчоқларини фаол равишда тугатиш, марказий нерв системаси фаоллигининг нормал бўлишини таъминлаш, организмнинг иммунобиологик қувватини ошириб бориш зарур.

РОТАВИРУС КАСАЛЛИКЛАРИ (ROTAVIROSIС)

Ротавирус касалликлари кўпроқ ёш болаларда учрайдиган ўткир вирусли касалликдир. Хасталик умумий заҳарланиш, меъда-ичак йўллари зарарланиши ва дегидратация симптомлари билан характерланади.

Этиологияси. Ротавирус сўзи лотинча *rota* — гилдирак сўздан келиб чиққан бўлиб, электрон микроскоп остида қаралганда вируслар қисқа толали, ингичка доирали майда гилдиракчаларга ўхшаб кўринади. Таркибида РНК тутади. Вирус бўлаklarининг катталиги 65—75 нм. Одам ротавирусларини тўқималарда ўстириш ва ҳайвонларга юқтириш анча қийиндир. Вируслар ташқи муҳитга чидамлидир.

Эпидемиологияси. Хасталик жуда кенг тарқалган бўлиб, ривожланган мамлакатлардаги барча ичак касалликлари билан оғриган, 2 ёшгача бўлган болаларнинг деярли ярми шу касаллик билан касалланади. Ротавирус касалликлари ўткир респиратор касалликларидан кейин 2-ўринда туради. 9—12 ойлик болалар кўпроқ касал бўладилар, лекин туғруқхоналардаги чақалоқлар, шунингдек, мактаб ёшидаги болалар ҳам касал бўлиши мумкин.

Касаллик манбаи ва резервуари фақат одам ҳисобланади. Вируслар ахлат билан (1 г ахлатда 10^{10} — 10^{11} тагача вируслар бўлиши мумкин) 3 ҳафта давомида, кўпинча касаллик бошлангандан сўнг 7—8 кун давомида ажралиб чиқади. Фекал-орал йўл билан юқади. Ҳаво-томчи орқали юқиши исботланмаган. Касаллик бутун йил давомида кузатилади, лекин қиш ойларида кўпроқ учрайди. 2—3 ёшдаги болаларда специфик антителоларнинг топилиши инфекциянинг кенг тарқалганлигидан (90 фоизгача) далолат беради.

Патогенези ва патанатомияси. Касаллик одамга алиментар йўл билан юқади. Ротавирусларнинг йиғилиб кўпайиши меъда-ичак йўллариининг юқори қисмларида, асосан ўн икки бармоқ ичак эпителийсида кузатилади. Ҳароратнинг юқори бўлиши ва умумий заҳарланиш аломатларининг йўқлиги, вирусларнинг гематоген йўл билан тарқалишининг аҳамияти йўқлигини билдиради,

(агар вирусемия ҳақида маълумотлар бўлмаса). Ротавируслар ичакларнинг шиллиқ қаватларида тўпланиб, кейин ичак бўшлиғига тушади. Суюқлик ва электролитларни кўплаб йўқотиш натижасида II—III даражали дегидратациянинг келиб чиқиши патогенетик жиҳатдан муҳимдир. Ротавируслар бир оз миқдорда йўғон ичакда ҳам топилиши мумкин.

Ротавирусли инфекциялар кўпгина бошқа вирусли (адено ва коронавирусли) ва бактериал (эшерихиозлар, шигеллёзлар, сальмонеллёзлар) касалликлар билан бирга учрайди. Бироқ, ротавирусларнинг ўзи ҳам меъда-ичак йўллариининг зарарланишига олиб келиши мумкин. Микроскоп остида текширилганда ичак шиллиқ пардасида юзаси текисланган, туклари қисқарган қисмларини кўриш билан бирга шиллиқ қаватлар ва бир ядроли ҳужайралар инфильтрациясини кўриш мумкин. Электрон микроскоп остида ротавирус қисмларини аниқлаш мумкин. 4—8 ҳафта ўтгач, ингичка ичакларнинг шиллиқ қаватлари нормал ҳолга келади.

Ротавирус касалликларида дисахаридаза синтезланувчи ингичка ичак тугунларининг эпителийси ҳам қисман зарарланади. Натижада ичакларда дисахаридлар йиғилиб қолади, оддий қандларнинг сўрилиши ҳам бузилади. Буларнинг ҳаммаси йўғон ичакка тушадиган дисахаридлар ва оддий қанд миқдорининг ошиб кетишига олиб келади, натижада осмотик босим ошиб кетади. Шу муносабат билан тўқималардаги кўп миқдордаги суюқлик йўғон ичакка тушиб, организм сувсизланишига олиб келади. Бу жараён ротавирус инфекцияси келтириб чиқарган яллиғланиш ҳоллари билан янада кучаяди. Инфекция бошдан кечирилгандан сўнг қон зардобидида антителолар тўпланиб қолади.

Инкубацион давр 7 кундан 15 кунгача давом этади (кўпроқ 1—2 кун бўлади). Касаллик ўткир бошланади. Касаллик бошлангандан 12—24 соат ўтгач, касалликнинг барча клиник аломатлари яққол намоён бўлади, ифодаланган иситма одатда кузатилмайди. Тез-тез, сувдек, шиллиқ ва қон аралашмасисиз ич кетади. Иккиламчи инфекциянинг қўшилиши натижасида касалликнинг оғирроқ кечиши қайд этилади.

Беморларнинг ярмида қайт қилиш, унча кучли бўлмаган интоксикация ва субфебрил ҳарорат билан бирга эпигастрал соҳада оғриқ кузатилади. Фақат баъзи ҳоллардагина бемор 2—3 кунгача қайт қилиши мумкин.

Беморларнинг ҳаммасида сувдек тез-тез ич кетиши

аниқланади, ахлат кучли қўланса ҳидли, оқиш, лойқасимон бўлиб, вабо билан оғриган беморнинг ахлатига ўхшаб кетади. Ахлат таркибида шиллиқ ва қоннинг бўлиши ротавирус касаллигига бактериал инфекция қўшилганидан далолат беради. Бундай касалларда иситма ва интоксикация кучлироқ намоён бўлади.

Тез-тез ич кетиши натижасида организмнинг сувсизланиши келиб чиқади. 95—97 фоиз беморларда I ёки II даражали сувсизланиш кузатилади, баъзан декомпенсацион метаболик ацидоз билан оғир дегидратацияни кузатиш мумкин. Бундай ҳолларда ўткир буйрак етишмовчилиги ва гемодинамик бузилишлар келиб чиқиши мумкин.

Қоринни пальпация қилганда эпигастрал ва киндик соҳаларида оғриқ ва қориннинг ўнг томонида кучли гулдурашни сезиш мумкин. Жигар ва талоқ катталашмаган. Ректороманоскопик усул билан текширилганда, кўпинча беморларда ўзгариш бўлмайди, баъзи беморлардагина тўғри ичак ва сигмасимон ичак шиллиқ қаватларининг биров қизарганлиги ва шишганлиги қайд этилади.

Касалликнинг ўткир даврида сийдик миқдори камайиб кетади, баъзи беморларда альбуминурия, сийдикда лейкоцитлар ва эритроцитлар топилади, қон зардобидagi қолдиқ азотнинг миқдори ошиб кетади.

Касалликнинг бошланғич даврида лейкоцитоз кузатилиб, касаллик авжида лейкопения келиб чиқади, ЭЧТ ўзгармайди.

Асоратлари. Ротавирус касаллигидан асоратлар қолмайди. Лекин иккиламчи бактериал инфекциянинг қўшилиши натижасида касаллик клиник аломатларининг ўзгариб кетиши ва шунга яраша бошқа терапевтик даволаш усулининг талаб этилишини унутмаслик керак.

Ташхиси. Касалликка ташхис қўйишда эпидемиологик шароитларни ҳисобга олган ҳолда, клиник аломатларга эътибор берилади.

Хасталикнинг ўткир бошланиши, тез-тез, кунига 10—15 мартагача сувдек патологик аралашмаларсиз ич кетиши, қайт қилиш, дегидратация, ҳароратнинг бир оз кўтарилиши, умумий интоксикация симптомлари касалликка хосдир.

Ташхис ахлатдаги ротавирусларни турли йўллار билан аниқлаб тасдиқланади (электрон микроскоп орқали агардаги диффузион преципитация реакцияси, лактекс-агглютинация реакцияси, иммунофермент ана-

лизи, ротавирус РНК сини полиакриламид гелида электрофорез йўли билан аниқлаш). КБР ва радиал иммунофлюоресцент йўли билан серологик текширишлар унчалик аҳамиятга эга эмас.

Қасалликни вабо, НАГ-инфекциясидан, дизентерия, эшерихиоз, сальмонеллёзнинг гастроинтестинал туридан, шартли патоген бактериялар келтириб чиқарувчи ПТИ лардан, ичак персиниозидан, протозой касалликларидан, аденовирус ва энтеровирус инфекцияларидан (диарея) ажрата билиш керак.

Давоси. Специфик ва этиотроп препаратлар йўқ. Нормал одам иммуноглобулинини 3—6 мл дан мушак орасига юбориш мумкин. Патогенетик даволаш усули даволашнинг асоси бўлиб ҳисобланади, энг аввало йўқотилган суюқлик ва электролитларнинг ўрнини тўлдириш лозим. I ёки II даражали сувсизланишда глюкоза-электролит эритмаси перорал йўл билан юборилади. Бунда қуйидаги эритмадан фойдаланиш мумкин: натрий хлорид—3,5 г, натрий гидрокарбонат—2,5 г, калий хлорид—1,5 г, глюкозанинг—20 г/л сувдаги эритмаси. Катта ёшли кишиларга эритма оз-оздан (30—100 мл) ҳар 5—10 дақиқа ичиб туришга берилади. 1 л эритмага 20 г глюкоза қуйилган Рингер эритмасидан бериш мумкин, шунингдек, 5-рақамли эритмани (5 г натрий хлорид, 4 г натрий гидрокарбонат, 1 г калий хлорид 1 л сувга) 41 г глюкозага қўшиб бериш мумкин. Эритмалардан ташқари бошқа суюқликлар (чай, морс, минерал сувлар) ҳам бериш мумкин.

Бирламчи регидратация учун суюқлик миқдори сувсизланишнинг даражасига боғлиқ бўлиб, бу клиник белгилар билан текширилиб турилади. Организмнинг суюқликка тўйиниш даражасига етгач, регидратация йўқотилган суюқликнинг миқдорига қараб ўтказилади (ич кетиш, қайт қилишнинг миқдори). Сувсизланишнинг оғир даражасида регидратация вена ичига суюқликлар юбориш билан ўтказилади. (дисоль, трисоль, ацесоль ва бошқ). 1 ёшгача бўлган болаларда сув-электролит баланси регидрон, глюкосолан бериш йўли билан тўлдирилади; бу суюқликлар 40 мл/кг оғирлигига нисбатан бир ҳўламдан, 1 ёшдан катта болаларга эса 100 мл/кг тана оғирлигига нисбатан бериб турилади. Тери одатдаги тусга киргач, суюқлик бериш тўхтилади, сув билан тенг миқдорда суюлтирилган сут берилади (ҳар 4—5 соатда 200 мл дан).

Катта болаларга парҳез тайинланганда сут ва сут маҳсулотлари берилмайди, углеводлар чекланган миқ-

дорда берилади. Полифермент препаратлар (мексаза, фестал, панзинорм-форте), шунингдек, меъда шираси, панкреатин, амилаза, трифермент, абомин, дигестал, ацидин-пепсин берилади. Антибиотикларни ротавирус касалликларида бериб бўлмайди, чунки улар вирусларга таъсир этиб, дисбактериозни келтириб чиқариши мумкин.

Касаллик оқибати одатда яхши бўлади. Соғайиш 1-ҳафтанинг охири, 2-ҳафтанинг бошларига тўғри келади. Сув-электролит алмашинуви кучли бўлган болаларга ўз вақтида даво қилинмаса, ўлим юз бериши мумкин.

Профилактикаси ва ўчоқдаги чора-тадбирлар. Беморлар 10—15 кунга ажратиб қўйилиши зарур. Касалликнинг енгил турида улар уйда даволаниб, врач назоратида бўлишлари мумкин. Ҳар куни дезинфекция ўтказиб турилади. Бемор ажратмаларини зарарсизлантириб, идишлари қайнатилади, охирида хонани ҳўл латта билан артиб дезинфекция қилинади, бемор кийим-кечаги ва ўрин-кўрпалари махсус камерада юқумсизлантирилади. Касалликка қарши специфик профилактика ишлаб чиқилмаган.

СКАРЛАТИНА (SCARLATINA)

Уткир инфекцион аллергиясиз касаллик бўлиб, ҳароратнинг кўтарилиши, организмнинг умумий интоксикацияси, бодомча безларининг зарарланиши ва терида майда-майда тугмасимон тошмаларнинг пайдо бўлиши билан таърифланади.

Этиологияси. Скарлатина қўзғатувчиси А гуруҳига мансуб гемолитик стрептококклар ҳисобланади. Бу гуруҳга кирувчи стрептококклар 50 дан ортиқ серологик типдан иборат. Буларнинг ҳар бири токсигенлик хусусиятига эга, шунингдек, улар антиоксин иммунитетлик даражасига қараб, скарлатина, стрептококкли ангина, фарингит, сарамас ва бошқа касалликларни келтириб чиқариши мумкин.

Эпидемиологияси. Скарлатина ёки бошқа стрептококк инфекцияси (ангина) билан оғриган бемор инфекция манбаи бўлиб ҳисобланади. Инфекция асосан ҳаво-томчи йўли билан юқади, лекин қўзғатувчи турли йирингли ўчоқларда (отит, йирингли лимфаденит), шунингдек, бемор фойдаланган буюмлар (масалан ўйинчоқлар)да ҳам бўлиши мумкин. Бемор биринчи кундан оқ атрофидагилар учун хавфли бўлади ва бу нарса бутун касаллик давомида, баъзан эса реконвалесцен-

ция даврида ҳам қолади. Стационардан чиққандан сўнг, реконвалесцентдан касалликнинг юқиши кечки контакт дейилади. Терининг қипиқланиши ҳали тугамаган бўлса, реконвалесцент юқумли ҳисобланмайди. Юқумлилиқ бурун-ҳалқум ҳолатига, унда яллиғланиш ўчоқларининг бор-йўқлигига боғлиқ бўлади. Реконвалесцентларнинг юқумлилиги маълум даражада реинфекцияга ҳам боғлиқдир.

Скарлатинанинг яширин тури билан оғриган беморлар катта эпидемиологик аҳамиятга эга бўлади, чунки бунда ташхис ўз вақтида қўйилмайди. Скарлатинага 2 ёшдан 6 ёшгача бўлган болалар кўпроқ берилувчан бўладилар. Бола ҳаётининг биринчи 6 ойлигида камдан-кам касал бўлади. Касалликка берилувчанликни Дик реакцияси ёрдамида аниқлаш мумкин. (0,1 мл Дик токсинининг термолабил фракциясини тери остига юборилади). Терида қизариш ва инфильтрациянинг пайдо бўлиши (мусбат реакция) организмнинг берилувчанлигидан дарак беради. Скарлатинани бошдан кечирганларда мустаҳкам иммунитет ҳосил бўлади ва бола иккинчи марта касал бўлмайди, лекин антибиотикларнинг кенг қўлланилиши туфайли қайтадан скарлатина билан касалланиш ҳоллари ҳам кузатилади.

Касалликда маълум мавсумийлик қайд қилинади: куз-қиш ойларида касаллик кўпайиб, ёзда камаёди. Иссиқ иқлимли ўлкаларда, тропик ва субтропик жойларда скарлатина кам учрайди.

Клиникаси. Инкубацион даври ўрта ҳисобда 2—7 кун давом этади. Касаллик кўпинча ўткир бошланиб, ҳарорат кўтарилиши, ҳолсизлик, томоқда оғриқ, қайт қилиш билан кечади. Хасталикнинг биринчи ёки иккинчи кунда терида пушти ранг майда нуқтасимон, баъзан қаттиқ қичишадиган тошмалар пайдо бўлади. Тошмалар асосан, кўпроқ қоринда, оёқ-қўлларнинг ички томонида, бурунда ва оғиз бўшлиғида жойлашган бўлади. Танглай зарарланиши турлича бўлиб, катарал, фолликуляр, лакунар ва некротик ангина кўринишида бўлиши мумкин. Скарлатина учун танглайнинг қизариб кетиши характерли бўлиб, танглай қанча кўп зарарланган бўлса, бўйин лимфоаденити ҳам шунча кўп бўлади. Касалликнинг ўткир даври 4—5 кун давом этади, кейин ҳарорат аста-секин туша бошлайди, тошмалар оқаради, бемор ўзини бироз яхши ҳис эта бошлайди. Касалликнинг дастлабки кунларида тилни караш боғлайди, 2—3 кундан кейин эса учидан тозаланади, тил сўргичлари яққол кўрина бошлайди (малинасимон тил).

Касалликнинг 2-ҳафтасида терининг қипиқланиши кузатилади, у баданда қириндисимон кўринишда бўлса, оёқ-қўлларда пластинкасимон кўринишда бўлади. Касалликнинг биринчи кунлари лейкоцитоз, нейтрофилёз, ЭЧТ нинг тезлашуви аниқланади. 3-кундан бошлаб қонда эозинофилия пайдо бўлиб, баъзан у юқори (15—20 фоизгача) даражагача кўтарилади.

Скарлатинанинг клиникаси жуда хилма-хилдир. Типик скарлатинанинг 3 тури: енгил, ўртача оғирликда, оғир кечадиган турлари фарқ қилинади.

Кўпинча скарлатинанинг енгил тури кузатилади, у кучсиз интоксикация ёки интоксикация бутунлай бўлмаслиги билан характерланади. Юқори ҳарорат ($38,5^{\circ}$ даражадан ошмайди), катарал ангина, касалликнинг қисқа ўткир даври (4—5 кун) кузатилади. Ўртача оғирликда кечадиган турида интоксикация бирмунча яққолроқ бўлиб, ҳарорат (40°C гача) кўтарилади, танглайнинг зарарланиши, баъзи некротик ўзгаришлар аниқланади.

Оғир кечадиган скарлатина ўз навбатида қайси ҳолат кўпроқ устун келишига қараб токсик, септик, токсикосептик турларга бўлинади.

Токсик турига касалликнинг бирданига кучли бошланиши, қайта-қайта қусиш, алаҳсираш, қалтираш, менингеал симптомлар, тахикардия хосдир.

Септик турига танглайнинг (некротик ангина) ва регионар лимфа тугунларининг оғир зарарланиши характерли бўлиб, баъзан аденофлегмона, кўпинча турли йирингли асоратларга олиб келиши мумкин. Касалликнинг типик шаклидан ташқари, атипик турлари ҳам бўлиши мумкин (яширин тури), бунда касалликнинг асосий аломатлари анча кучсиз намоён бўлади ёки бутунлай бўлмайди.

Асоратлари 2 гуруҳга бўлинади: а) эрта асоратлар, булар интоксикация ва стрептококк инфекциясининг оқибатидир; б) кечки асоратлар, булар аллергия реакциялардир.

Асоратлар касалликнинг ҳамма турида ҳам келиб чиқиши мумкин. Скарлатинада кўпинча асоратлар келиб чиқиши кузатилган (отит, мастоидит, лимфаденит, синусит, синовит, гломерулонефрит, юрак томирларининг зарарланиши ва бошқ). Скарлатинанинг рецидивлари ҳам келиб чиқиши мумкин, бунда маълум вақтда касалликнинг барча аломатлари қайтадан намоён бўлади. Кўпинча касалликнинг енгил тури кузатилади, шу-

нингдек, госпитализация яхши йўлга қўйилгани учун асоратлар ҳам кам учрайди.

Ташхиси. Ташхис касаллик клиникаси, динамикаси ва эпидемиологик маълумотларни ҳисобга олиб қўйилди (скарлатина бўлган касаллар ёки реконвалесцентлар, шунингдек, бошқа стрептококк инфекциялари билан алоқада бўлганларни). Асосий диагностик усуллардан қондаги ўзгаришлар, танглайдан токсиген стрептококкларни ажратиб олиш ва Дик реакцияси ҳисобланади.

Скарлатина қизамиқ, сохта сил, қизилча, зардоб касалликларидан, иссиқлик тошмасидан, дорилардан тошадиган ва аллергия тошмалардан, танглай дифтериясидан ва бошқа ангиналардан ажратилади.

Прогнози. Касалликнинг кечиши яхши. Камдан-кам ҳолларда ўлим билан тугаши мумкин.

Давоси. Парҳез ва гигиеник чора-тадбирлар комплексидан ташқари, антибиотиклар (пенициллин, эритромицин, бициллин-5 ва бошқ.) одатдаги миқдорларда 6—7 кун давомида тайинланади. Стационар шароитида бир палатада ётувчи беморларнинг ҳаммасини стрептококк реинфекциясини келтириб чиқармаслик учун бир вақтда пенициллин терапияси билан даволаш керак. Палаталарни бир вақтда касаллар билан тўлдириб, кейинчалик ўткир беморларни реконвалесцентлар билан алоқада бўлишларига йўл қўйилмайди.

Касалликнинг оғир (септик) турида антибиотиклар комбинациясидан, қон қуйиш ва бошқа даволаш усуллари билан фойдаланилади. Токсик турида юрак препаратлари (кофеин, кордиамин, глюкозанинг 20—40 мл 10—20% ли эритмаси вена ичига) тайинланади. Глюкозанинг 5% ли эритмаси ва Рингер суюқлиги венага томчилаб юборилади. Касалликнинг дастлабки кунларида ўрин-кўрпа қилиб ётиш лозим. Бундай беморлар учун овқатланиш тартиби ва таркиби одатдагича бўлади.

Профилактикаси. Беморлар касалхонада ёки уйда 10 кун мобайнида ажратиб қўйилади. Реконвалесцентлар билан алоқада бўлган соғлом болалар 7 кун давомида изоляция қилиниб, шу кунлар давомида ҳар кун тиббиёт кўригидан ўтишлари керак. Скарлатина ўчоғидаги стрептококк ангиnasi билан оғриган болалар ҳам изоляция қилинишлари зарур. Агар бемор уйда даволанса, хонани ҳар кун дезинфекция қилинади. Узоқ муддат алоқада бўлган нимжон болаларга 1—2 миқдорда иммуноглобулин юборилади. Скарлатинага қарши фаол иммунизация ўтказилмайди. Касаллик

ўчоғида кундалик ва бемор тузалгач, охирги дезинфекция ўтказилади.

КУЙДИРГИ (ANTRAX)

Умумий ўткир юқумли касаллик бўлиб, иситма, интоксикация, тери, аъзо ва системаларнинг зарарланиши билан характерланади. Касалликни бактериялар келтириб чиқаради.

Этиологияси. Куйдирги одамларда ва ҳайвонларда учрайдиган юқумли касалликдир. Куйдиргининг қўзғатувчиси йирик таёқчага ўхшаш граммусбат бактериядир, унинг узунлиги 5—10 мкм, йўғонлиги 1—1,5 мкм бўлади. Куйдирги қўзғатувчиси ҳаракатсиз, граммусбат, капсула ва споралар ҳосил қилиш қобилиятига эга. Ташқи муҳит таъсирига жуда чидамлидир.

Эпидемиологияси. Куйдиргининг асосий инфекция манбаи касал уй ҳайвонларидир. Ифлосланган тупроқ ҳам қўзғатувчининг манбаи ҳисобланади. Куйдирги билан оғриган ҳайвонлар бутун касаллик давомида касаллик қўзғатувчисини сийдик, ахлат ва сўлак билан ташқи муҳитга чиқаради. Ўлган ҳайвонларнинг аъзолари, териси, жуни, қони ва бошқа ажратмалари ҳам зарарли ҳисобланади. Ҳайвонларнинг бу инфекцияга берилувчанлиги жуда юқоридир. Куйдирги алиментар, трансмиссив ва ҳаво йўли орқали юқади. Куйдирги бевосита алоқа йўли билан касал ҳайвондан соғлом ҳайвонга ўтмайди. Касаллик асосан июнь-август ойларида кўпроқ кузатилиб, ҳайвонларга тупроқ ва қон сўрувчи ҳашаротлар орқали юқади.

Куйдирги билан катталар ҳам, болалар ҳам бир хил оғрийдилар. Статистик маълумотларга қараганда, катталар болаларга нисбатан кўпроқ касал бўладилар. 80 фоиз ҳолларда куйдирги билан ҳайвон териси, жуни ва бошқа маҳсулотлари билан ишловчи шахслар ҳам касалланадилар.

Патогенези. Куйдиргининг тери, ўпка, ичак орқали юқадиган ва септик турлари фарқ қилинади. Шунингдек, бу микроорганизмнинг иммунобиологик хусусиятига ҳам боғлиқдир. Одамда, кўпинча тери орқали юқадиган тури учрайди. Бунда инфекция организмга тери орқали тушади. Ичак ва ўпка орқали юқадиган турлари гематоген йўл билан иккиламчи равишда ривожланади. Касалликнинг септик тури иккиламчи бўлиб, куйдиргининг барча клиник кўринишларида ривожланиши мумкин. Хасталикнинг бирламчи септик тури кўплаб миқдорда инфекция тушганда, қўзғатувчи юқори виру-

лентликка эга бўлганда, шу билан бирга микроорганизмнинг ҳимояланиш қобиляти етарли бўлмаганда ривожланиши мумкин.

Клиникаси. Одамларда куйдиргининг яширин даври бир неча соатдан 6—8 кунгача давом этади. Териди турли маҳаллий ўзгаришлар кузатилиб, асосан тананинг очиқ қисмида жойлашувчи куйдирги карбонкули кўринишида бўлади. Терининг қўзғатувчи кирган жойида доғ пайдо бўлиб, кейинчалик миссимон қизғиш рангдаги папулага ўтади. Бир неча соатдан кейин папула везекула томчисига айланади, сўнг папулага ўтади, бир неча вақтдан сўнг пустиула ўрнида қорайган яра ўрни ҳосил бўлади. Яра ўрни атрофида янги майда томчилардан доирача ҳосил бўлиб, бир неча кундан кейин улар ўзаро қўшилади ва янги, йирик, қорайган, қаттиқ, диаметри 5—6 см гача етадиган яра ўрни ҳосил бўлади. Атрофидаги тери ва ҳужайралар шишган ва инфильтрацияланган бўлади. Яра ўрнида оғриқ кузатилмайди. Бемор ҳарорати одатда 39—40°C гача кўтарилади, лекин касаллик енгил кечганда ҳарорат субфебрил бўлиши мумкин. Касаллик нормал кечганда 5—6 кундан кейин ҳарорат пасаяди ва шиш камаяди. 1,5—2 ҳафтадан сўнг яра ўрнида тўқималарнинг грануляцияси келиб чиқади ва чандиқ ҳосил бўлади. Касаллик оғир кечганда сепсис ривожланиб, метастатик ўчоқлар келиб чиқади ва беморнинг ўлимига сабаб бўлади.

Одамларда куйдиргининг ичак орқали юқадиган тури кам учрайди. Касаллик умумий ҳолсизланиш, кўнгил айниши, қон аралаш қайт қилиш, қон аралаш ич кетиши, ҳароратнинг кўтарилиши билан бошланади. Қоринда қаттиқ, белда доимий оғриқ пайдо бўлади. Касаллик ўртача 2—4 кун давом этади ва ўткир юрак етишмовчилигига олиб келиб, ўлим билан тугайди. Ўпка орқали юқадиган тури жуда камдан-кам учрайди. Касалликнинг бошланиши юқори нафас йўллариининг катарига ўхшайди. Кўкракда оғриқ ва сиқилиш пайдо бўлади, умумий ҳолсизланиш ва юқори ҳарорат кузатилади. Йўтал аввалига шиллиқ балғам, кейин қон аралаш балғам билан қайд этилади. Касалликнинг 2—3-куни юрак фаолияти издан чиқиши натижасида хасталик беморнинг ўлими билан тугайди.

Касалликнинг септик тури тез ва жуда оғир кечиши билан характерланади, бунда геморрагик ўзгариш кўп-лаб кузатилади. Қонда, орқа мия суюқлигида ва бир қатор аъзоларда катта миқдорда куйдирги таёқчалари

топилади. Куйдирги баъзи болаларда алоҳида хусусиятлар билан кечади. Бунда асосан касалликнинг ўткир бошланиши характерли бўлиб, умумий интоксикация аломатлари, мия ўзгаришлари, бош оғриши, қайт қилиш, титроқ ва ҳушдан кетиш аниқланади. Кучли иситма реакцияси кузатилиб, баъзан узоқ муддатгача ҳарорат субфебрил бўлиши мумкин.

Ташхиси. Ташхис эпидемиологик, клиник ва лаборатория маълумотларига асосланиб қўйилади. Лаборатория текшириш усулларидан: бўялган материални микроскоп остида кўриш, иммунофлюоресцент усули, озиқали муҳитга экиш, лаборатория ҳайвонларига юқтириш ва серологик усул — Асколи бўйича преципитация реакциясидан фойдаланилади.

Дифференциал ташхиси. Куйдиргининг тери орқали юқадиган турини тери стафилококк касалликлари, туляремия, кўк йиринг таёқчалари пайдо қилган инфекция, зотилжам билан дифференциал ташхис қилиш керак.

Давоси. Куйдиргининг ҳамма турида асосий ва специфик даволаш усули — куйдиргига қарши иммуноглобулин қўлланади. Даволаш курсининг муддати ва препаратларнинг миқдори индивидуалдир. Препаратларни юборишдан олдин 37°С гача қиздирилади ва Безредко бўйича мушаклар орасига юборилади. Терапевтик миқдори 20—30 мл, ҳозирги вақтда зардоб ўрнига куйдирги иммуноглобулинидан фойдаланилмоқда. Профилактика мақсадида болаларга — 5—8 мл, ўсмирларга — 12 мл, катталарга — 25 мл иммуноглобулин юборилади.

Пенициллин суткасига 2—3 марта мушаклар ичига юборилади (суткалик миқдори — 500000—1500000 ТБ). Зарарланган жойга суртма дори суртилган бинт боғланади. Куйдиргини специфик даволаш симптоматик, айниқса юрак препаратлари билан бирга олиб борилади.

Профилактикаси. Куйдиргига қарши чора-тадбирлар инфекция манбаи ва ўчоқларини топишга ва йўқ қилишга қаратилган бўлиши керак. Инфекциянинг юқиш йўлларини тугатиш, одам ва ҳайвонларни куйдирги юқишидан сақлаш лозим. Профилактик чора-тадбирлар қўйидагиларни кўзда тутати: куйдирги билан касалланган ва шунга тахмин этилган ҳайвонларни ажратиб қўйиш, куйдиргидан ўлган ҳайвонлар жасадини, зарарланган объектларни ёқиб йўқ қилиш, касал ҳайвонлар турган ерларни зарарсизлантириш, сув ичиш жойларини тозалаш, ботқоқ ерларни қуриштиш.

Одамларни куйдиргига қарши эмлашда СТИ — спорали капсуласиз вакцина қўлланади, бу вакцина куй-

дирги микробларининг вирулентидан тайёрланган. Вакцина юқори самарадорлиги ва хавфсизлиги билан ажралиб туради. Вакцина тери усти ёки остига юборилади. 10 ёшгача бўлган болаларга —0,3 мл, 11 ёшдан 14 ёшгача —0,5 мл, катталарга —1 мл вакцина юборилади. Ревакцинация 1 йилдан сўнг ўтказилади.

ҚОҚШОЛ (TETANUS)

Ўткир юқумли инфекцион касаллик бўлиб, қоқшол токсини келтириб чиқарган чайнов мушакларининг тоник қисқаришлари, вақти-вақти билан талваса тутиши, организмнинг умумий заҳарланиши билан таърифланади.

Этиологияси. Қўзғатувчиси — экзотоксин ажратувчи, ҳаракатчан спора ҳосил қиладиган таёқча бўлиб, анаэроб шароитларда ривожланади. Тупроққа нажас билан бирга тушиб, ўз ҳаёт фаолиятини узоқ сақлаб турадиган споралар ҳосил қилади. Касаллик аксарият тери орқали юқади. Чақалоқлар киндик ярачаси ифлосланганда зарарланиши мумкин. Касаллик патогенезида нейротроп таъсир кўрсата оладиган токсин асосий рол ўйнайди. Қоқшол тўқималар некрози билан давом этадиган чуқур санчилган яралар ва шикастланишларда айниқса хатарли ҳисобланади.

Қоқшол таёқчаси токсини нерв толалари охирларига, орқа ва бош миёга таъсир этади. Токсик-симпатик нерв системаси тонусининг ошиши тахикардия, гипертония, аритмия, периферик томирлар спазми, кўп терлашни келтириб чиқаради. Қоқшол патогенезида метаболик бузилишларга муҳим аҳамият берилади.

Клиникаси. Инкубацион давр ўрта ҳисобда 6—14 кундир. Касаллик бирдан умумий ҳолсизлик, безовталаниш ва чайнов мушакларининг оғриқли талвасаси, кейин юз мушакларининг талвасали қисқариши ва тез орада оғриқ гавда мушакларига ўтишидан бошланади. Бунинг натижасида гавданинг ёйга ўхшаб эгилиши, қориннинг кескин таранглашиши, нафас бузилишлари ривожланади. Ҳарорат ўртача кўтарилган бўлади.

Кўп терлаш ва сўлак оқиши қайд қилинади. Хасталик одатда оғир ўтади ва ўлим ҳоллари кўп бўлади.

Касаллик клиник белгиларининг оғир-енгиллигига қараб, хасталикнинг енгил, ўртача оғир, оғир ва жуда оғир турлари фарқ қилинади.

Қоқшолнинг енгил турида касалликнинг асосий клиник белгилари аста-секин ривожланади, тоник талвасалар суст ифодаланади, бунда ўқтин-ўқтин талваса

тутиши, ўчоқли инфекцияда мушаклар гипертонуси (маҳаллий қоқшол) қайд қилиниши эҳтимол. Бундай ҳолат бир неча ҳафта мабайнида сақланиб туриши ва ном-нишонсиз йўқолиб кетиши мумкин.

Оғир кечадиган қоқшол нисбатан қисқа инкубацион давр (3—5 кун) билан таърифланади. Қасаллик ўткир, шиддатли бошланади. Тризм барвақт пайдо бўлади, чайнов мушаклари спазми бошқа мушаклар спазми билан алмашади, ютиниш қийинлашади. Безовталаниш, жиззакилик, бош оғриши касалликнинг илк белгиларидандир. Қоқшол тутқаноғи кеч пайдо бўлиб, узоқ вақт давом этиши мумкин, асфиксия, қон айланишининг бузилиши, дизурия кузатилади, шу билан бир қаторда болаларда кўпинча беихтиёр сийиб қўйиш ва ахлат ажралиши қайд қилинади.

Янги туғилган чақалоқларда қоқшол тарқоқ (генерализациялашган) турда кечади, сўриш акти бузилади, безовталиқ, йиғлоқилиқ пайдо бўлиб, бунга талвасалар қўшилиб кетади. Илк бор тремор, блефароспазм қайд қилиниши мумкин.

Ташхиси. Шикастланиш анамнезида жароҳатнинг ифлосланиш эҳтимоли борлигига кўрсатмаларни қўшган ҳолда, касалликнинг типик-клиник аломатларига асосланиб қўйилади. Қоқшолни стрихниндан заҳарланиш, истерия, альвеоляр ёки энса абсцесси (тризм), спазмофилиядан ажрата билиш лозим. Чақалоқларда қоқшолни туғруқ натижасида келиб чиқадиган шикастланишдан фарқ қилиш зарур.

Давоси. Қоқшолга махсус иммуноглобулин (мушак орасига 6 мл), 0,5 мл дан анатоксин бир кунда уч марта 3—5 кун оралатиб юборилади. Шу билан бир қаторда юрак-томир воситалари ва антибиотиклар ҳам тайинланади. Қасаллик оғир кечганда махсус аппаратлар ёрдамида бошқариладиган сунъий нафас олдиришни қўллаган ҳолда трахеотомия кўрсатилган. Беморларни республика, вилоят ва шаҳар шифокорларининг ихтисослаштирилган бўлимларига ётқизмоқ лозим.

Профилактикаси. Махсус профилактика бўғма, кўк-йўтал ва қоқшолга қарши ассоцирланган вакцина (АКДС) таркибига кирадиган қоқшол анатоксини билан фаол иммунлаш, шунингдек, шикаст етганда эмланмаганларни фаол-суст иммунлаш (0,5 мл анатоксин, махсус иммуноглобулинни 3 мл миқдорда 5 кун оралатиб юбориш) йўли билан амалга оширилади.

ЗАРДОБДАН ЮЗАГА КЕЛАДИГАН КАСАЛЛИК

Хасталик ёт жинсли зардобли протейнга сенсibiliзацияланган организмнинг анафилактик реакциясидан иборат бўлиб, зардоб билан даволанган шахсларда аниқланади. Касаллик иситма, териға тошмалар тошиши билан ифодаланади.

Этиологияси ва патогенези. Зардобдан ўтадиган касаллик ёт жинсли зардобни бирламчи ҳамда иккиламчи (айниқса кўп) юборишда кузатилади. Яхшилаб тозаланган зардоблар ишлатилганда (диафермлар) зардоб туфайли юқадиган хасталик камроқ учрайди ва бир қатор енгил турда ўтади. Организмнинг ҳолати, реактивлиги ва аллергияга мойиллиги касалликнинг юзага келишида ҳал этувчи рол ўйнайди. Зардобнинг катта миқдорларини юбориш зардоб туфайли юқадиган касаллик ривожланишига ёрдам беради. Организм ҳолати, дастлабки сенсibiliзация, организмнинг индивидуал реактивлиги, сурункали ўчоқли инфекция ва бошқа омиллар анафилактик реакциянинг пайдо бўлишида муҳим аҳамиятга эга.

Клиникаси. Зардоб дастлаб юборилганда инкубацион давр 7—12 кун бўлади, дори такрор юборилганда реакция бир зумда пайдо бўлади. Касаллик номутаносиб характерда бўлган иситма ва тошма тошишидан бошланади. Зардоб туфайли пайдо бўладиган тошма жуда ўзгарувчан, унинг элементлари тез йўқолиб, тез пайдо бўлади. Баъзан тошма тўлқинсимон бўлади. Кўпинча, айнақса зардоб келтириб чиқарувчи хасталик оғир кечганда тери бўғимлар соҳасининг шишуви кузатилади. Қон босими пасаяди, баъзан бронхит ривожланади, кичик ёшдаги болаларда ич кетади.

Периферик қонда лейкопения, нисбий лимфоцитоз, тромбоцитопения аниқланади, ЭЧТ тезлашган бўлади. Зардоб келтириб чиқарадиган касаллик 3—5 кун давом этади, гоҳо касаллик қайталаниши эҳтимол.

Тошма олдин зардоб юборилган жойда пайдо бўлади. У кўпинча қаттиқ қичишиш, лимфа тугунларининг шишуви, баъзан бўғимларнинг оғриқ бериши билан кузатилади, гоҳо асептик некроз рўй беради. Анафилактик шок ўткир, шиддатли ривожланади. Тана ҳарорати юқори рақамларгача кўтарилади, умумий безовталаниш, иссиқлик ҳисси, бош оғриғи, қоринда оғриқ туриши, қайт қилиш, ўткир юрак-томир етишмовчилиги белгилари, қон босимининг пасайиши, томир уришининг йўқолиши аниқланади, цианоз пайдо бўлади. Сўнг тана

ҳарорати тушиб кетади, бемор ҳушидан кетади, талвасалар, ўз-ўзидан сийиб, ахлат ажралиши, муздек тер, тери қопламларининг рангсизланиши қайд этилади. Анафилактик шок ўлим билан тугалланиши мумкин.

Ташхиси. Уни қўйиш одатда қийин эмас. Хасталикни қизамиқ, қизилча, скарлатина, турли доривор ва аллергик тошмалардан фарқ қилишга тўғри келади.

Давоси. Кальций препаратлари, витамин С, 0,01 дан 0,05 г гача (ёшга қараб) димедрол, илиқ ванналар ва бошқалар. Анафилактик шокда инъекция ўрнига адреналин юборилади, венага эфедрин ёки адреналин, тери остига антигистамин препаратлари (димедрол, пипольфен), стероид гормонлар (венага), кислород, сунъий нафас олдириш, седатив воситалар тайинланади ва бемор зудлик билан шифохонага ётқизилади.

Профилактикаси. Тозаланган зардоблардан фойдаланиш, дорини Безредко усулида юбориш.

СПИД (ОРТТИРИЛГАН ИММУН ЕТИШМОВЧИЛИГИ СИНДРОМИ)

Иммун системанинг вирусли касаллиги бўлиб, бунда асосан Т-лимфоцитлар — хелперлар зарарланиб, организмнинг шартли патоген микроорганизмларга нисбатан умумий реактивлигининг кескин сусайиши ва онкологик хасталикларга мойил бўлиш қайд этилади, натижада касаллик оғир кечади ва сўзсиз ўлим билан тугайди.

Этиологияси. Спид қўзғатувчиси бўлиб, одамнинг иммун етишмаслиги вируси ҳисобланади (ВИЧ). Ҳозирги вақтда икки серовариант — ВИЧ-1 ва ВИЧ-2 маълум. Спид вируслари ретровируслар оиласига мансубдир.

Эпидемиологияси. Зарарланган киши, бемор ёки вирус ташувчигина СПИД инфекциясининг манбаи ҳисобланади. Вирус одам организмида қонда ва турли аъзоларда бўлади. У лимфоцитларда айниқса кўп топилади. Вирус организмда асосан сперма билан ажралиб чиқади. Вируснинг тупукда, кўз ёши, аёл сутида бўлиши ҳақида ҳам маълумотлар бор. Лекин вируснинг шу биологик суюқликлардаги концентрацияси жуда оз бўлади.

Болалар бу хасталик билан қон препаратлари қўйилганда зарарланадилар. Бола туғруқ йўлларидаан ўтаётган вақтда ҳам инфицирланиши мумкин. Боланинг кўкрак сути орқали зарарланиши мумкинлиги исботланган. Касаллик микрошикастлар, яра-чақалар орқали

юқади (агар вирус қон, тупук, сперма, зарарланган тери қопламларига ёки шиллиқ пардаларга тушса).

Қасалликнинг табиблар муолажа қилганда юқиши ҳам кузатилиб, булар ВИЧ фаоллашувини келтириб чиқаради, унинг зўр бериб кўпайиши ва Т₄-лимфоцитларнинг зарарланишига сабаб бўлади. Бу улар сонининг камайишигагина эмас, балки гуморал омилларнинг ортиқча юзага келишига олиб келади. Бу омиллар глобулин маҳсулотларини В-лимфоцитлар билан фаоллаштиради. Бу ўз навбатида иммун комплекслар сонининг кескин кўпайишига сабаб бўлади. Айни пайтда моноцитларнинг хемотоксисга ва интерлейкин-1 маҳсулотига нисбатан қобилияти йўқолади. Қон зардобиди антилимфоцитлар, антителолар пайдо бўлиб, α -интерферон, β_2 -микроглобулин ва α_2 -тимозиннинг кислотага барқарорлик даражаси ошади. Бу ўзгаришларнинг ҳаммаси ҳужайра системасида ва гуморал иммун жавобнинг антиген таъсиротларига нисбатан бўлган қайтмас бузилишларга олиб келади ва одам тасодифий, шу жумладан «оппортунистик» инфекцияларга нисбатан заиф бўлиб қолади, бу инфекциялар одатдаги шароитларда одам учун зарарсиз бўлади. Бундан ташқари, цитотоксинли реакцияларнинг кескин даражада сусайиши муносабати билан атипик ҳужайраларнинг ҳосил бўлиши устидан тўла сифатли иммун назорат ўрнатиш мумкин бўлмай қолади, бу эса СПИД билан оғриган беморларнинг турли ўсма касалликларига кўпроқ чалинишига сабаб бўлади.

Ҳозирги вақтда СПИД фақат иммун системасини зарарлантирмай, балки бошқа аъзолар, биринчи галда марказий нерв системаси (МНС) ни зарарлантиради, деган фикрлар мавжуд.

Клиникаси. СПИД инфекциясининг кечишида қатор босқичларни ажратса бўлади. СПИД да инкубацион даври ҳамма вақт ҳам аниқлаш имкони бўлмайди. ВИЧ билан инфицирланганларнинг тахминан ярмида касаллик юққан дақиқадан бошлаб 2—4 ҳафта ўтгач, ҳарорат кўтарилади ва у 2 ҳафта мобайнида юқориликча сақланади, лимфа тугунлари, жигар ва қораталоқ катталашади. Аксари ангина аниқланади. Хасталикда юзага келадиган симптомлар комплекси моноклеазасимон синдром деб аталади. Бундай беморларнинг қонида анча ифодаланган лимфоцитопения топилади. Бу синдромнинг умумий давомлилиги 2—4 ҳафта, шундан кейин кўп йилларга чўзилиб кетадиган махфий давр бошланади. Беморларда моноклеазасимон синдром

типи бўйича касалликнинг бирламчи аломатлари кўрилмайди, лекин уларда айрим клиник симптомлар пайдо бўлади. Катталашган лимфа тугунлари пайпаслаб кўрилганда оғриқсиз, ҳаракатчан бўлади. Касалликнинг бу даврида ортиқча толиқиш ва терлаш ҳоллари кузатилиши мумкин. Бундай беморларнинг периферик қонида лейкопения, Т₄-лимфоцитлар миқдорининг вақт-бевақт камайиши, тромбоцитопения ва вирусга нисбатан доим топиладиган антителолар қайд қилинади. Хасталикнинг бу босқичини хроник (сурункали) лимфаденопатиянинг синдроми сифатида белгилаш қабул қилинган, чунки у асосан лимфа тугунларининг вақт-бевақт катталашуви билан намоён бўлади. Бу даврда беморни фақат катталашган лимфа тугунларигина эмас, балки ҳароратнинг кўтарилиши, тунги пайтда ва ҳатто ҳарорат нормал бўлганда терлаш безовта қилади, тез-тез ич кетади, тана вазни камайиши қайд қилинади. Терига оддий герпес тошиши ёки замбўругли, йирингли тошмалар тошиши мумкин, кўпинча барқарор кандидозли стоматитлар ва эзофагитлар пайдо бўлади.

Касаллик кейинчалик авж олганда асл СПИД клиникаси ривожланиб, у асосан оғир «оппортунистик» инфекциялар ва турли хил янги тузилмалар билан намоён бўлади. Етакчи клиник синдром ифодаланишига қараб, шартли равишда ўпка, церебрал, меъда-ичак, онкоген ва бошқа касаллик турлари фарқ қилинади.

Ўпка тури аксарият пневмоцист зотилжам (пневмония) билан намоён бўлади. Касаллик қуруқ, ҳадеганда босилмайдиган йўтал, тўш ортида оғриқ туриши, юқори иситма, тахипноэ, терлаш, умумий дармонсизлик билан таърифланади. Ўпкада тарқоқ крепитацияловчи ва майда пуфакчали хириллашлар эшитилади. Зотилжам узоқ муддат давом этади, даволаниши қийин бўлади, тез-тез такрорланиб туради. Балғамда ва биопсия материалида (зарарланиш ўчоқларидан олинган) пневмоцисталар топилади. Кўпинча болалардаги ўпка зарарланиши цитомегаловирусли пневмония билан намоён бўлади. У интерстициал инфильтрация ва шиш, альвеоляр ҳужайралар гиперплазияси билан таърифланади. Касаллик интерстициал пневмония кўринишида тез-тез рўй берадиган ўткир нафас етишмовчилигининг ривожланиши билан тугаши мумкин. Рентгенологик жиҳатдан интерстициал пневмония аниқланади, лекин локал инфильтрация ўчоқлари ҳам бўлиши эҳтимол.

Ўпкадаги жараён вақти-вақти билан гоҳ кучайиб,

гоҳ сўниши мумкин, лекин клиник жиҳатдан кўп ойлар ва ҳатто йиллар намоён бўлмаслиги мумкин. Бундай болаларда одатда «оппортунистик» инфекциялар бўлмайди.

Меъда-ичак тури энтерит ёки энтероколит билан намоён бўлади, уни шартли-патоген флора, замбуруғлар ва содда жониворлар келтириб чиқаради. Бу тур учун оғиз бўшлиғи шиллиқ пардалари ва қизилўнгачнинг замбуруғлар томонидан зарарланиши хосдир. Шунингдек, узоқ вақт давом этадиган сальмонеллез, стафилококкли энтероколитлар, протеозлар ва бошқалар учраб туради. Меъда-ичак йўли зарарланиши асосида болалар учун энг хос бўлган симптомларнинг ривожланиши — дистрофия зўрайган ҳолдаги тана оғирлигининг тушиши ётади.

Мезентериал ва ретроперитонеал аденопатия, шунингдек, гепатоспленомегалия болалардаги кўп учраб турадиган СПИД нинг абдоминал кўриниши ҳисобланади. Касаллик аортал, мезентериал ва портожигар лимфа тугунларининг кескин катталашуви билан намоён бўлиб, булар йирик томирларни зич ўраб турадиган катта халталарни ҳосил қилади. Кўпгина ҳолларда лимфа тугунлари сусайган товуш ўтказувчанлиги билан таърифланади. СПИД да лимфа тугунларининг катталашувини, диарея синдромида бўлгани каби иккиламчи инфекциянинг қўшилиб кетиши билан изоҳлаш қабул қилинган.

Церебрал тури миянинг токсоплазмоз абсцесслар, ўртача ўткир ўтадиган герпетик ёки цитомегаловирусли энцефалитлар билан намоён бўлади. Бундан ташқари, ҳозирги вақтда ВИЧ нинг ўртача ўткир энцефалит, зўрайиб боровчи деменция, парепарез ва атаксияни келтириб чиқариши мумкинлиги аниқ тасдиқланган. СПИД га йўлиққан болаларда изоҳлаш қийин бўладиган невропатия ва сурункали менингит белгилари қайд қилинади. Айрим ҳолларда оғир неврологик симптомлар авж олиб, булар тутқаноқ тутиши, психомотор ривожланиши бузилишлари, энцефалопатия, мия массасининг кўпаймаслиги билан намоён бўлади.

ВИЧ инфекцияси билан оғирлашган, ривожланадиган иккиламчи касалликлар этиологияси турлича бўлиши ва кўп жиҳатдан турмуш, иқлим шароитларига қараб аниқланади. Пневмоциста, ўраб олувчи ва оддий герпес вируслари, цитомегаловирус, микобактериялар, сальмонеллалар энг кўп учраб турадиган этиологик агентлар бўлиб ҳисобланади.

Илк ёшдаги болаларда спиднинг хусусиятлари. ВИЧ билан она қорнида зарарланган болалар кўпинча ойкуни етмасдан, она қорни ичидаги гипотрофия белгилари ва турли неврологик бузилишлар билан туғилади. Постнатал даврида бундай болалар кам ривожланади, қайталанувчи инфекцияларга чалинади, уларда доимо лимфоаденопатия, гепато-ва спленомегалия аниқланади. Тери ва шиллиқ пардаларнинг турғун кандидози, пневмоцист пневмония, турғун энтерит ва тана вазнининг ошмай қолиши кўпинча касалликнинг дастлабки белгилари бўлиб ҳисобланади. Психомотор ривожланишдан орқада қолиши билан намоён бўлади.

Болаларда СПИД катталарга қараганда аксарият ўткир, ҳарорат кўтарилиши, лимфа тугунлари, жигар ва қораталоқнинг катталашуви билан бошланади. Улар озиб-тўзиб кетадилар. Уларда кўпинча тери қичишиши, доғсимон-папулёз тошма, аксари тромбоцитопениянинг пайдо бўлиши туфайли геморрагик тошмалар кузатилади. Болаларда катталардагига қараганда энцефалопатия, талваса ва тутқаноқ тутиши каби неврологик симптомлар авж олади, аксари паротит ва анемия (камқонлик) пайдо бўлади.

Ташхиси. СПИДга ташхис клиник-эпидемиологик ва лаборатория маълумотлари йиғиндисига асосланиб қўйилади. Болаларни хавfli гуруҳдан аниқлаб олиш, эпидемиологик маълумотлар катта аҳамиятга эга. Гемофилия иккиламчи ва бирламчи иммун етишмовчилик билан оғриган беморларда, гемодиализда бўлган болаларда, шунингдек, фоҳишалар, гиёҳвандлар, биосексуалистлардан туғилган болаларда СПИД вирусларидан зарарланиш эҳтимоли юқори бўлади.

Қасаллик динамикасида иммунофермент анализ методи (ИФА) билан қонда вирус ва ўзига хос антителарни бевосита аниқлаш, СПИД ташхиси учун ҳал этувчи аҳамиятга эга. Вирусларни латент ҳолатда аниқлаш имконини берадиган молекуляр гибридизация усули энг яхши усуллардан ҳисобланади.

Лаборатория усули сифатида T_4 — T_8 коэффициентини баҳолашдан фойдаланиш тавсия қилинади. Т-хелперлар сонининг кескин даражада камайиб кетиши СПИД учун айниқса характерлидир, бунинг натижасида T_4 — T_8 коэффициенти 1 дан кам бўлади. Қон зардобидида иммуноглобулинлар ва айниқса айланиб юрадиган иммун комплексларнинг кескин кўпайиши, шунингдек, лимфоцитлар, бластоген-реакцияларнинг митогенларга ва тери синамалари ёрдамида топиладиган турли анти-

генларга бўлган тери энергияси ҳодисалари диагностик аҳамиятга эга бўлади.

Периферик қон томонидан зўрайиб боровчи лимфоцитопения, эритроцитопения, тромбоцитопения ва эозинофилия СПИД учун айниқса хосдир. Вирусга қарши даво сифатида азитимидин, рибовирин (виразол), циклоспоримин А, интерферон ва бошқалар анча муваффақиятли қўлланиляпти. Азитимидин тайинлашда яхшироқ натижалар олинган. Препаратни 1 кг тана вазнига 20—30 мгдан бир кеча-кундузда 4 маҳал 4—6 ҳафта мобайнида ичиш тайинланади. Препарат миқдори ошириб юборилганда бош оғриши, кўнгил айниши ва қайт қилишдан шикоятлар бўлиши эҳтимол, периферик қонда, баъзан эритроцитлар сонининг кўпайиши, лейкопения ва камқонлик қайд қилинади.

Иммунитетни тиклаш учун тималин, Т-активин, тимазин, интерлейкин-2, левамизол (декарис), натрий нуклеопат, индометацин ва бошқалар буюрилади. Тимус препаратлари ҳужайралар функциясининг асли ҳолига қайтишига олиб келади. Лекин улар касалликнинг клиник манзарасини яхшиламайди, шу сабабли уларни вирусларга қарши препаратлар билан бирга қўллаш таклиф этилади.

Касаллик кечишини оғирлаштирувчи ва бемор ҳаётига хавф солувчи шартли патоген флорани сусайтириш СПИДга учраган беморларни даволашда анча масъулиятли вазифадир. Бу мақсадда антибактериал препаратлар, шу жумладан турли антибиотиклар, сульфаниламидлар кенг кўламда қўлланади. Протозой флора бўлганда триметоприм-сульфаметоксазол, приметамин-сульфаметоксазол, пентамидин ва бошқалар ишлатилади. Замбуруғли асоратларга даво қилиш учун амфотерицин В, нистатин, леворин тайинланади.

Профилактикаси. Спидда эпидемияга қарши кураш вирусли гепатит В да бўлгани каби. Соғлом ҳаёт тарзи учун ҳар томонлама курашиш, шунингдек, фоҳишалик, гиёҳвандлик, жинсий бузилишларга қарши кураш асосий профилактик чора-тадбирлардан ҳисобланади. Қон донорлари устидан клиник ва серологик назорат ўрнатиш, бир марта ишлатиладиган шприцларни қўллаш, гемодиализ системалари хавфсизлигини назорат қилиш ва бошқалар касалликка қарши курашишда муҳим амалий аҳамиятга эга бўлади.

СПИДга шубҳа қилинган беморлар алоҳида палаталарга ёки боксларга ётқизилади. Қон ва бошқа биологик материалларни фақат қўлқоплар ёрдамида оли-

нади. Беморларнинг ўрин-кўрпаси, тиш чўткалари, ўйинчоқлари, сўргичлар 20—25 дақиқа мобайнида қайнатиб дезинфекция қилинади. Бўлимларда беморлардан олинган материаллар махсус ёпиқ контейнерларда сақланади ва олиб чиқилади. Боғлов материалари ташлаб юборилишидан аввал дезинфекцияловчи эритмаларда ёки 20—25 дақиқа давомида қайнатиб зарарсизлантирилади.

Беморлар билан алоқа қилувчи тиббиёт ходимлари, шунингдек, беморлар материалли текшириб борувчи лаборатория ходимлари йилига 1 марта СПИД вирусларида антителолар бор-йўқлигига текширилиши лозим.

Фаол профилактика ишлаб чиқиш арафасида.

СТАФИЛОКОКК ИНФЕКЦИЯСИ

Патоген стафилококклар келтириб чиқарадиган турли-туман патологик жараёнларда этиотроп терапиянинг эпидемиологияси, профилактикаси ва усулларида муайян умумийлик бор.

Этиологияси. Қўзғатувчи — патоген стафилококкдир, плазмокоагуляция тести унинг патогенлигининг асосий мезонларидан бири бўлиб хизмат қилади. Антибиотикорезистентлик, кўпинча — полирезистентликни тезда касб этиш стафилококк учун хосдир.

Эпидемиологияси. Стафилококк инфекцияларнинг турли формаларига учраган беморлар ва патоген стафилококк ташувчилари — инфекция манбаидир. «Ашаддий» ташувчилар муҳим рол ўйнайди, булар бир типдаги патоген стафилококкни номаълум узоқ вақт мобайнида ажратиб юради. Беморлар билан бир қаторда тиббий ходимлар орасидаги бундай ташувчилар касалхона ичидаги зарарланиш манбалари ҳисобланади. Қасалхона ичида эпидемия ўчоқлари (жарроҳлик, юқумли касалликлар бўлимларида, туғруқхоналарда ва бошқ.) пайдо бўлиши эҳтимол.

Сунъий ва эрта махсус боқувда бўлган, ҳаётининг биринчи йилини яшаётган заиф болалар стафилококк инфекциясига айниқса берилувчан бўлади.

Бир қадар катта ёшдаги болаларда стафилококк келтириб чиқарадиган ўткир ичак касаллиги овқат токсикоинфекцияси сингари ривожланади.

Патогенези. Стафилококклар ичак бўшлиғида кўпайиб, ферментлар ёрдамида (эркин коагулаза, фибринолизин, гиалуронидаза) ичак шиллиқ пардасининг бутунлигини зарарлантириб тўқималарга тушади.

Клиникаси. Стафилодермия, стафилококкли пневмония, плеврит, пиелонефрит, сепсис бўлиши эҳтимол.

Стафилококкли энтероколит (стафилококкли диарея) илк ёшдаги болаларда кўпинча ичак дисбактериози кўринишида пайдо бўлиб, кўпинча бошқа ичак инфекциялари билан бирга давом этади. Тез-тез ич келиб туриши, суст ёки ўртача ифодаланган токсикоз билан таърифланади. Ахлатда шиллиқ аралашмалари, баъзан қон лахталари ҳам бўлиши мумкин. Чақалоқларда некротик-ярали энтероколитлар юзага келади. Стафилококк инфекциясининг ичак турида кўп марта-лаб бактериологик текширувлар билан аниқланадиган бир типдаги патоген стафилококкнинг ахлат билан бирга кўплаб миқдорда ажралишига қараб ташхис қўйиш тавсия этилади. Серологик усуллар (агглютинация реакцияси, антитоксинни аниқлаш) фақат бир ёшдан ошган болалардагина қўлланади.

Стафилококкли скарлатинага ўхшаш синдром бирор стафилококк инфекцияси мавжуд бўлганда пайдо бўлади ва скарлатинада кузатилгандаги каби экзантема тошиши билан таърифланади, ангина бўлмаслиги эҳтимол. Заифлашган преморбид фони стафилококкларнинг ичакларда физиологик нормативлардан анча ошиб кетадиган миқдорда кўпайган, шунингдек, мастит бўлган ҳолларда ташқаридан кўплаб инфицирланиш рўй берган шароитларда апатоген штаммларни ҳам келтириб чиқариши мумкин. Стафилококк этиологияли ўткир ичак инфекциясини бошдан кечиргандан кейинги иммунитет кучсиз ва қисқа муддатли бўлади.

Стафилококклар келтириб чиқарадиган ўткир ичак хасталикларининг клиник манзараси жуда хилма-хил бўлиши билан таърифланади, бу уларга ташхис қўйишни мушкуллаштиради.

Овқат токсикоинфекцияси. Бу касаллик билан 1 ёшдан ошган болалар кўпроқ касалланадилар. Инкубацион давр 3—6 соат давом этади. Касаллик стафилококк билан зарарланган овқат истеъмол қилингандан кейин ўткир бошланади. Дастлабки кеча-кундуздаёқ ҳарорат кўтарилиб, қайта-қайта қусиш билан намоён бўладиган оғир токсикознинг клиник манзараси ривожланади. Тез-тез ич кетади, оз-моз шиллиқ, гоҳо қон аралаш бўлади. Токсикоз тезда зўрайиб боради, умий безовталаниш пайдо бўлади, ҳушдан кетиш, қаттиқ чанқоқлик кузатилиши мумкин. Юрак товуши бўғиқ, томир уриши тезлашган бўлади. Баъзан интоксикация камайганда йўқолиб кетадиган майда нуқта-

ли тошмалар тошиши кузатилади. Ўз вақтида бошланган дезинтоксикацион ва симптоматик терапия бемор аҳволининг тезда яхшиланишига ёрдам беради. 2—3 кундан кейин токсикоз ҳолатлари ўтиб кетади, 1-ҳафтанинг охирига келиб, ич келиши нормаллашади.

Стафилококк этиологияли овқат токсикоинфекциясида стафилококкларнинг ахлатда кўп миқдорда ажралишига, шунингдек, қўзғатувчиларнинг қусуқ массаларида ва меъданинг ювинди сувларида топилганлигига қараб ташхис қўйилади. Бунда специфик антителолар титрининг ошиб бориши қайд қилинади. Ич тез-тез келади, патологик аралашмалар ҳисобланган шиллиқ, баъзан қон аралашган бўлади.

Суткасига 10—15 марта ич келади.

Болалардаги иккиламчи энтеритлар, энтероколитлар ва гастроколитлар. Иккиламчи гастроэнтероколитларда меъда-ичак йўлининг зарарланиши стафилококк инфекцияларининг бошқа ўчоқларга қўшилиб кетиши натижасида аниқланади. Бунда «стафилококк анамнези» эътиборни жалб этади. Стафилококкли сепсиснинг тез-тез учрайдиган ичаклар дисфункцияси ҳодисасига, узоқ муддатли септик ёки субфебрил ҳароратга, йирингли ўчоқлар ривожланишига, анорексия, вақти-вақти билан қусиш ва овқатни қусиб юбориш, анемияга (камқонлик) асосланиб ташхис қўйилади.

Ичак дисфункцияси касаллик авж олганда кузатилиб, то бошқа аъзоларда яллиғланиш йўқолиб кетмагунча узоқ вақт сақланиб туради.

Ичак дисфункцияси бор стафилококкли сепсис аксари ҳаётининг биринчи йилини яшаётган болаларда кузатилади. Бунда кўпинча оғир токсик ҳолатлар ривожланиши кўрилади.

Ташхиси. Стафилококклар келтириб чиқарадиган ўткир ичак инфекциясига ташхис қўйиш қийин. Бу касаллик клиник аломатларининг бошқа йўл орқали юзага келган ичак инфекциялари (дизентерия, сальмонеллёз ва ҳ. к) га ўхшаб кечиши билан изоҳланади. Ҳатто ичак инфекцияси бўлган беморлар ахлатидан стафилококкларнинг патоген штаммларининг ажралиши касаллик стафилококклар туфайли пайдо бўлган деб хулоса чикаришга далил бўла олмайди.

Эпидемиологик маълумотлар ҳисобланган стафилококкнинг патоген штаммлари ташувчилари ёки стафилококк касалликлари (онада мастит, ангина борлиги, стафилодермия ва ҳ.к.) билан оғриган беморлар билан алоқада бўлиш ташхис қўйишга ёрдам беради.

Давоси. Антибиотиклар этиотроп даволаш усуллари орасида асосий ўринни эгаллайди. Препаратлар танлашда уларга қўзғатувчининг сезувчанлигини аниқлаш патижаларига амал қилган маъқул.

Стафилококклар ўз сезувчанлигини сақлаб қолган қуйидаги антибиотиклар тавсия қилинади: ярим синтетик пенициллинлар, мономицин, канамицин, эритромицин, гентамицин, цефалоспоринлар.

Қатта миқдорларда бўлса-да, бензилпенициллин ҳам муваффақиятли қўлланиши мумкин (бир кеча-кундузда 200000—300000 ТБ/кг ва бундан ортиқ). Оғир ҳолларда иккала антибиотикни ишлатиш тавсия қилинади. Заҳарланиш (интоксикация)ни камайтириш учун 5—7 кун мобайнида ҳар куни 5—6 АЕ/кг миқдордаги стафилококка қарши иммуноглобулин қўлланади. Бир ёшдан ошган болаларда специфик иммунологик реактивликни ошириш учун оғир ва чўзилиб кетган формаларда 5—7 инъекцияли стафилококк анатоксини 2—3 кун дам бериб, 0,1 дан 1,0 мл гача ошиб борувчи миқдорда қўлланади.

Стафилококк инфекциясининг ичак формаси бўлган беморларга комплекс даво қилиш зарур. У стафилококк қўзғатувчисини сусайтиришга, организмдан унинг ҳаёт фаолияти маҳсулотларини чиқариб юборишга ва организм ҳимоя кучларининг ошишига қаратилади.

Антибиотиклар специфик воситалар бўлмиш стафилококка қарши плазма, глобулин, стафилококкли анатоксин, антифагин, бактериофаг билан оқилона ишлатилганда дуруст таъсир қилади.

Стафилококкли энтероколитларга учраган беморларда, кўпинча ичаклар дисфункцияси ҳолатларини мушкуллаштириб қўядиган ассоцирланган дисбактериоз ривожланади. Дисбактериоз патоген стафилококкларнинг фаол кўпайишига ва уларнинг ичакнинг барча бўлимларига жойлашиб олишига ёрдам беради. Шу муносабат билан ичак микрофлорасини нормага солиш учун бифидумбактерин, лактобактерин, колибактерин, бификол сингари биологик препаратлар билан даволаш тавсия қилинади. Бундай препаратларни касалликнинг эрта муддатларида 15—20 кун мобайнида ёш нормасидан кўра 2—3 марта ошиб кетадиган миқдорларда тайинлаш лозим.

Профилактикаси. Санитария-эпидемиология режимида риоя қилган ҳолда даволаш стационарлари ва болалар муассасаларида стафилококк касалликларининг олдини олишга қаратилган эпидемияга қарши

ташкилий чора-тадбирлар асосий звено бўлиб ҳисобланади. Профилактик ва эпидемияга қарши чора-тадбирлар туғруқхоналарда айниқса пухта ўтказилиши зарур.

Қўкрагининг учи ёрилган, мастит бўлган ва хроник ўчоқли инфекцияси бор оналар синчиклаб бактериологик текширилади. Болани касал кўкракни бериб боқиш мумкин эмас. Сут яхшилаб соғиб олиниши ва чақалоққа фақат пастеризация қилингандан кейин берилиши лозим.

Гиббиёт ва болалар муассасалари ходимлари орасида стафилококкнинг патоген штаммлари ташувчиларини синчковлик билан аниқлаш зарур.

Санитария маорифи иши стафилококк инфекциясига қарши курашда муҳим рол ўйнайди. Бу мақсадда аҳолини стафилококк инфекциясининг клиник формалари, профилактика ва дезинфекция тадбирлари билан таништирмоқ лозим.

Стафилококк инфекциясини бошдан кечирган болалар 6 ойдан бир йилгача диспансер кузатувида бўладилар. Бу давр мобайнида касаллик қайталаниши эҳтимол бўлиш профилактикаси ўтказилади. Шунингдек, стафилококк бактериясига қарши санация қилинади.

ТОШМАЛИ ТЕРЛАМА (TYPHUS EXANTHEMATICUS)

Тошмали терлама (тошмали-эпидемик, бит орқали юқадиган терлама) ўткир юқумли касаллик бўлиб, уни Провацек риккетсиялари келтириб чиқаради, битлар орқали юқади. Касаллик тифоз ҳолатлар, ўзига хос экзантема, шунингдек, нерв ва юрак-томир системасининг ўткир зарарланиши билан кечади.

Этиологияси. Тошмали терлама қўзғатувчиси (Провацек риккетсиялари) катталиги 1 дан 30—40 мкм гача келадиган майда микроорганизмлар бўлиб, ифодаланган полиморфизмга эга. Романовский бўйича қип-қизил доначалари ядрочалари бўлган зангори рангга бўйлади. Фақат тўқималар культурасида ва товуқ эмбрионидагина ўсади.

Эпидемиологияси. Тошмали терлама трансмиссив инфекциялар қаторига киради. Эпидемик тошмали терлама ёки Брилл касаллигига учраган касал кишигина инфекция манбаи ҳисобланади. Қўзғатувчи касал одамдан кийим-кечак ва қисман бош битлари орқали ўтади. Одам бит ажралмаларини эзиб ташлаши сабабли, уларда сақланадиган риккетсиялар билан бирга терига ту-

шиб, уни зарарлайди. Бит чақиб олганда одам зарарланмайди, чунки битларнинг сўлак безларида тошмали терлама қўзғатувчиси бўлмайди.

Патогенези. Провацек риккетсиялари одам организмга кириб, томирлар эндотелийси ҳужайраларига ўрнашиб олади. Бу ерда улар жадаллик билан кўпайиб, қонга тушади (риккетсемия). Риккетсиялар парчаланиши натижасида эндотоксин озод бўлиб, у ўзига хос интоксикацияни юзага чиқаради. Томирларнинг зарарланиши сўгалсимон эндоваскулит, периваскулит, томирлар тромб билан тамомила облитерацияга учраганда деструктив тромбоваскулит ривожланишида намён бўлади. Зарарланган томирлар, айниқса капиллярлар, прекапиллярлар, артериола соҳалари атрофида микроскопик полиморф ҳужайра элементлари ва микрофаглар тўпламлари бўлган тошмали терлама — тифоз гранулемалар ёки Попов — Давидовский тугунлари қайд қилинади. Улар ҳаммадан кўра кўп бош миёда, тери, буйрак усти безларида, миокардда аниқланади. Буларнинг ҳаммаси нерв системаси функционал фаолиятининг кескин издан чиқиши (тошмали тифозли менингоэнцефалит), қон айланиши бузилишига олиб келади. Риккетсиялар инкубацион даврнинг охириг кунларидан тортиб, то аpireксиянинг 3—6-кунига қадар орган ва тўқималарда топилиши мумкин. Баъзи беморларда риккетсиялар соғайганидан кейин ҳам сақланиб, кўп йил ўтгандан сўнг тошмали терламанинг қайталанишига сабаб бўлади (Брилл касаллиги).

Клиникаси. Инкубацион давр 12--14 кун давом этади. Қасаллик одатда ўткир бошланади. Продромал ҳолатлар кузатилмайди, баъзан инкубация охирида озмоз бош оғриши, эт увишиши қайд қилинади. Тана ҳарорати 2—3-кунга келиб юқори рақамларга кўтарилади (38,5—39°C), баъзан у 1-сутка охирида ҳам энг катта рақамларгача етиши мумкин. Кейинчалик иситма доимий характерда бўлиб, касалликнинг 4—8—12-кунлари бир оз пасаяди. Қаттиқ бош оғриғи, уйқусизлик, ўта жиззакилик, сезги аъзолари (эшитув, кўрув, ҳидлов) гиперестезияси жуда эрта юзага келади. Бемор жуда ҳолдан тойган бўлади. Касал қўзғалган (сергап), серҳаракат бўлиб қолади, юзи қизарган (гиперемияланган), шишинқираган бўлади. Қўз конъюнктивалари гиперемияланган, баъзан майда қон қуйилган нуқталар кўринади (Киари — Авцин доғлари), склераларга

қон қуйилади. Ҳалқумда диффуз гиперемия, юмшоқ танглайда нуқта-нуқта геморрагиялар пайдо бўлиши мумкин (Розенберг энантемаси). Тил қуруқ, йўғонлашмаган, кулранг-жигарранг караш бойлаган (Говоров — Гodelье симптоми). Фибрилляр тортишувлар қайд қилинади. Тери қуруқ, текканда иссиқ сезилади, дастлабки кунлари тер ажралмайди. Тахикардия, гипотония, юрак тонларининг заифлашуви, нафас тезлашиши, жигар ва талоқнинг катталашуви кузатилади (касалликнинг 3—4-кунидан бошлаб).

Тошма касалликнинг 5—4- кунидан тошади. У кўп сонли, полиморф, мўл, асосан кўкрак ва қориннинг ён сатҳи терисида, қўлларнинг букиладиган жойида бўлади, қўл кафти ва оёқ панжасини қамраб олади, юзда ҳеч қачон бўлмайди. Тошма розеолёз-петехиал кўринишда бўлади, розеолалар диаметри 2—4 мм, четлари хира тортган бўлади. Баъзи розеолалар марказида майда-майда қон қуйилиши — иккиламчи петехиялар пайдо бўлади. Тошма 2—3 кун мобайнида тошади, кейинчалик аста-аста йўқолиб кетади (7—8-кундан), бунда бир оз вақтгача пигментлар қолади.

Тошма тошиши билан беморнинг аҳволи оғирлашади. Интоксикация кескин кучаяди. Қўзғалишдан кейин одам ғамгин, хаёлчан бўлиб қолади. Орал автоматизм симптомлари (хартумчали, карпоментал рефлекс ва бошқалар) аниқланади, шунингдек, мия пардаларининг таъсирланиши («менингизм») қайд этилади. Бундай ҳолларда эс-ҳуш бузилади, кучли алаҳсираш пайдо бўлади, тошмали тифоз энцефалит рўй бериши эҳтимол (қўллар тремори, оёқ панжалари клонуси, нафас маромининг бузилиши ва бошқалар). Қон айланишининг бузилиши зўрайиб боради. Томир тез-тез уради, кучсиз, баъзан аритмик бўлади.

Артериал босим тушиб боради, айниқса диастолик босим камаяди. Юрак чегаралари кенгайган, юрак тонлари бўғиқ бўлиб, юрак чўққисида систолик шовқин эшитилади. ЭКГ да тишчаларнинг умумий вольтаж, PQ интервалининг узайиши, QRS комплексининг кенгайиши ва Т- тишчали бўлиши, яссиланган ёки салбий Т-тишчаси, юрак олди ва меъда экстрасистолалари, юқори систолик кўрсаткич кўрилади. Веноз босим пасайган. Бу вақтда коллапс ривожланиши эҳтимол касал ўзини йўқотиб қўяди, терисини муздай тер босган, лаблари кўкимтир, нафас тезлашган, юзак, томир уриши тезлашган бўлади, диастолик артериал босим паст ёки аниқланмайди, юрак тонлари эшитилмайди.

Қасаллик авжига чиққанда трахеобронхит ва ўчоқли зотилжам (гипостатик типиди) аниқланади. Иштаҳанинг ёмонлашуви, оғиз қуриб қолиши ва чанқоқлик қайд қилинади. Тил қуюқ жигарранг караш бойлайди, баъзан чуқур ёриқлари бўлади. Қорин одатдаги шаклда, жигар ва талоқ катталашган бўлади. Ич қотишга мойиллик сезилади. Диурез камайган. «ҳарорат кризлари» билан бир вақтда кўпаяди. Қасаллик оғир кечганда сийдик тўхтаб қолиши мумкин. Сийдикда эритроцитлар ва лейкоцитлар (кам миқдорда) топилади.

Соғайиш тана ҳароратининг пасайиши, касалликнинг 8—12-кунда лизиснинг тезлашуви (асорат қолдирмаган ҳолларда), аста-секин бош оғришининг камайиши, уйқу, иштаҳанинг яхшиланиши, ички аъзолар фаолиятининг тикланиши билан таърифланади.

Тошмали терламанинг оғир турида иситма 11—16 кунгача (антибиотиклар билан даво қилмасдан) давом этади. Қасалликнинг оғир тури ёши қайтган беморларда кузатилади.

Соғайиш даврида 1,5—2 ҳафта мобайнида инфекциядан кейинги астения қайд қилинади. Антибиотиклар тайинланганда тана ҳарорати даволаш бошлангандан кейин 2—3 кун ўтгач асли ҳолига келади.

Асоратлари. Ётоқ яралар, гангрена (бурун учи, қулоқ қовузлоғи, оёқ панжалари), йирингли отит, паротит, плеврит, веналар тромбози ва ўпка артерияларининг тромбозмболиялари.

Ташхиси. Тошмалар касалликнинг 6—7-кунига қадар тошади. Терламага клиникада ташхис қўйиш мумкин. Ташхис қўйишда касалликнинг ўткир бошлангани, иситма баландлиги, бошнинг қаттиқ оғриши, уйқусизлик, безовталаниш, юз ва конъюнктивалар гиперемияси (қизаргани) ҳисобга олинади. Қасалликнинг 3—4-кундан бошлаб, жигар ва талоқнинг катталашуви, Қиари — Авциннинг мусбат симптоми қайд қилинади. 4—6-кундан бошлаб характерли тошма тошади. ҚБР ва ЭГАР ташхисни тасдиқловчи асосий усуллардир. Ўларни ишлатиш имкони бўлмаган тақдирда провацек риккетсиялари билан агглютинация реакциялари қўлланади.

Агглютинация реакциялари ва ҚБР учун 1:160, гемагглютинация реакцияси учун 1:1000 нисбат зардобни бир марта текширишдаги диагностик титр ҳисобланади.

Бошқа риккетсиозлар (каламуш ва кана тошмали терламаси)дан, баъзан гриппнинг оғир турларидан, орнитоз, геморрагик иситма, крупоз зотилжам, ич терламадан ажратилади.

Давоси. Тетрациклин гуруҳига мансуб антибиотиклар энг самарадор ҳисобланади. Левомецетинни ишлатса ҳам бўлади. Антибиотиклар нормал ҳароратнинг 2-кунига қадар берилади. Даволаш курси одатда 4—5 кун давом этади. Интоксикацияни бартараф этиш мақсадида 5% ли глюкоза эритмаси ёки натрий хлориднинг изотоник эритмаси венага томчилаб юборилади. Оксигенотерапия қўлланади (кислород бурун катетерлари ёки ниқоблари ёрдамида юборилади). Қон айланиши издан чиққанда Рингер эритмаси, 10% ли глюкоза эритмаси, преднизолон, мезатон, коргликон ва бошқа препаратлар юборилади. Кескин қўзғалишда барбитуратлар, хлоралгидрат кўрсатилган. Илик (37—38°C) сув қуйиб артиниш тинчлантирувчи таъсир кўрсатади. Йирингли-септик асоратларда пенициллин ва унинг унумлари, эритромицин қўлланади. Тўла қимматли овқатланиш (2-ёки 15-сонли парҳез) ва витамин бериб даволаш катта аҳамият касб этади. Беморларни тўғри парваришлаш (тўла ором бериш, ҳаво, қулай ўрин-кўрпа ва кийим-кечак, терини ва оғиз бўшлиғини ҳар кuni ювиш) муҳим рол ўйнайди.

Прогнози. Ҳозирги вақтда қулай ҳисобланади: Беморни стационардан тўла клиник соғайганидан кейин, лекин ҳарорат нормал бўлганига камида 12 кун бўлгандагина чиқарилади.

Учоқдаги профилактика чора-тадбирлари. Профилактика тадбирлари аҳоли орасида битлаб кетишга қарши қаратилган (турли тиббий кўрикларда педикулёзни аниқлаш, педикулёзи бор шахслар орасида санитария ишловини ўтказиш, кийимларни камерада дезинфекция қилиш). Тошмали терламаси бўлган бемор аниқланганда ва касалхонага ётқизилганда (ёки ана шу касаллик бор, деб гумонсираганда) бемор билан алоқада бўлган шахслар устидан кузатув олиб борилади.

Тана ҳарорати ошиб кетганда ташхисни ойдинлаштириш учун бу шахслар дарҳол касалхонага ётқизилади. Учоқда дезинтоксикацион-дезинфекцион чора-тадбирлар амалга оширилади. Тошмали терламага қарши вакцина ишлаб чиқилган, эмлашлар эпидемик кўрсатмаларга кўра қилинади.

ТОКСОПЛАЗМОЗ (TOXOPLASMOSIS)

Паразитар касаллик бўлиб, нерв системасининг сурункали кечиши, лимфаденопатия, жигар ва талоқнинг катталашуви, мушак, миокард ва кўзларнинг тез-тез зарарланиши билан таърифланади.

Эпидемиологияси ва патогенези. Қўзгатувчиси *Gondii* токсоплазмаси ҳисобланган протозой касалликдир. *Gondii* токсоплазмаси нерв системаси ҳужайраларига нисбатан ифодаланган тропизмга эга. Токсоплазмознинг тўғри формасида ҳомила аниқ ёки касалликнинг турига учраган онадан зарарланади.

Клиникаси. Касалликнинг клиник аломатлари она қорнида зарарланиш вақтига, инфекциянинг оз-кўплигига, паразитлар (текинхўрлар) вирулентлигига ва айниқса макроорганизмларнинг хусусиятларига боғлиқ бўлади. Агар бола касалликнинг ўткир даврида (жараён авж олиб кетганда) туғилса, ички аъзоларда патологик ўзгаришлар, сариқлик, гепатоспленомегалия, дофсимон-папулёз ва петехиал тошмалар тошиши, гоҳи кетиши аниқланади. Умумий аҳвол одатда оғир, ҳарорат нотартиб характерда бўлади. Кўпинча бола касалликнинг иккинчи даврида туғилади, бунда марказий асаб системаси ва кўзларнинг зарарланиш симптомлари яққол кўринади. Энцефаломенингит ҳодисалари турли даражада ифодаланган бўлади. Бола касалликнинг хроник (сурункали) босқичида ҳам туғилиши мумкин, кўпинча бунда марказий асаб системаси ва кўзларнинг қайтмас қолдиқ ҳодисалари (гидроцефалия, руҳий ривожланишдан орқада қолиш, оёқ-қўлларнинг спастик парезлари, мушак тонусининг ошиши, гоҳи пасайиши, гиперрефлексия) аниқланади. Кўзда қуйидаги ўзгаришлар: микрофтальмия, туғма катаракта, кўрув нерви атрофияси ва бошқалар кузатилади. Баъзан бир вақтнинг ўзида ҳомиланинг ривожланиш нуқсонлари қайд қилинади. Касалликнинг сурункали турида қуйидаги симптомлар мажмуи: гидроёки микроцефалия, хориоретинит, руҳий заифлик кузатилиб, булар калла суяги рентгенда текширилганда аниқланади. Периферик қонда гиперлейкоцитоз ёки лейкопения, гоҳи атипик лимфоцитлар, жараён жадаллигини кўрсатувчи эозинофилия кўрилади.

Токсоплазмин билан тери ости синамаси тахминий аҳамиятга эга, у онага ёки 2—5 ёшдан ошган болаларга қўлланади.

Ташхиси. У юқорида баён қилинган клиник манза-

ра ва лаборатория текширувлари ҳисобланган КБР, ПГАР усули, преципитация реакцияси ва токсоплазмин билан тери ости синамаси, муддатидан олдин туғиш ва бошқаларга асосланиб қўйилади.

Gondii токсоплазмаси бевосита орқа мия суюқлигида, қон, ҳайвонларда биологик синама қўйиш билан, биоптирланган тўқималарда топилади. Амалиётда асосан метилен кўки реакциясидан фойдаланилади, бу реакция таркибида антителолар сақловчи зардоб билан бирикканда тирик токсоплазмалар метилен кўки билан бўялиш хусусиятини йўқотишга асосланган.

Қасаллик юққандан кейин 2 ҳафта ўтгач, реакция мусбат бўлиб қолади.

Цитомегалия, захм, чақалоқларнинг гемолитик касаллиги, листериоз ва сепсисдан синчиклаб қиёсий ташхис қилиш зарур.

Прогнози. Қасалликнинг тури, она қорни ичидаги зарарланишнинг ифодаланганлик даражаси ва даволаш бошланган вақтга боғлиқ бўлади. Қасалликнинг сурункали турларида прогноз оғир бўлади. Қўшилиб кетган касалликлар, айниқса зотилжам кўп кузатилади.

Давоси. Комплекс даволанади. Қасалликнинг енгил ва ўртача оғир турларида хлоридин, сульфадимезин қўлланилганда терапевтик таъсирга эришиш мумкин.

Хлоридин 1 ёшгача бўлган болаларга 5 кун мобайнида суткасига 0,5—1 мг миқдорда берилади (суткалик миқдор шакар ёки глюкоза қўшиб 2 марта қабул қилинади). Сульфадимезин 7 кун мобайнида 1 кг тана вазни ҳисобидан суткасига 0,2 г қилиб тайинланади (суткалик миқдор 4 марта берилади). Даволаш бир неча курсларга бўлиб олиб борилади (камида 3 курс), буларнинг сони боланинг аҳволига боғлиқ бўлади. Даволаш курслари орасидаги танаффус 1,5—2 ҳафта.

Симптоматик даво воситалари—А, В, С витаминлари, камқонликка қарши даволаш (хлоридин курслари орасида ўтказилади), плазма (20—40 мл), қон (1 кг тана вазни ҳисобидан 3—5 мл), витамин В₁₂ юрак дорилари—кофеин ва кордиамин, глютамин кислота-лари тайинланади.

Профилактика. Ҳомиладорларни, токсоплазмозни бор беморларни аниқлаш ва уларга ўз вақтида даво қилишдан иборат.

ТУЛЯРЕМИЯ (TULAREMIA)

Ўткир инфекциян касаллик бўлиб, умумий заҳарланиш (интоксикация), иситмалаш, лимфа тугунлари, тери шиллиқ пардаси ва ўпканинг зарарланиши билан таърифланади.

Этиологияси. Туляремия қўзғатувчиси — *B. tularensae* ҳисобланади. Микробнинг катта-кичиклиги 0,2—0,7 мкм бўлиб, таёқча ёки кокксимон шаклда бўлади. Микроб аэроб ҳисобланади, споралар ҳосил қилмайди, 37°C да ўсади, юқори ҳароратга сезувчан ва аксинча, қуйи ҳароратга чидамли бўлади.

Касаллик қўзғатувчиси антигенлик жиҳатдан бир жинсли бўлса-да, лекин вирулентлиги хилма-хилдир. Туляремия қўзғатувчиси моноцитларда ва микроорганизмнинг бошқа ҳужайраларида узоқ вақт мобайнида персистенция хусусиятига эга бўлган ҳужайрааро паразитдан иборат. Бу хусусият касалликнинг сурункали турига ўтишига ва зўрайиб кетишига имкон беради.

Эпидемиологияси. Кемирувчилар одамнинг туляремия билан асосий зарарланиш манбаи ҳисобланади. Инфекцияни юқтириш усулига қараб, эпидемия авж олишининг бир неча хиллари ажратилади. Қишлоқ хўжалигида кузатиладиган касаллик айниқса донларни кеч янчигандан келиб чиқади. Асосан қишлоқ хўжалиги ишчилари касалланади. Сув туфайли пайдо бўладиган касаллик ариқ, очиқ сув ҳавзалари, қудуқ сувининг зарарланишидан келиб чиқади, бунда туляремия микроблари сув каламушларидан, дала сичқонларидан ўтади. Овқатдан пайдо бўладиган касаллик омборларда, дўконларда, ошхоналарда овқат маҳсулотларига инфекция тушиб қолганда қайд қилинади. Трансмиссив касалликлар — инфекциянинг қонсўрар қўшқанотлилар (сўналар, искаб топарлар ва иксод калналари) орқали ўтишидан пайдо бўлади.

Патогенези. Туляремия қўзғатувчиси тери қопламлари, нафас аъзоларининг шиллиқ пардалари, ҳазм аъзолари, кўз шиллиқ пардалари орқали аъзога осонгина тушади. Қўзғатувчи ўрнашган жойидан лимфа йўллари бўйлаб регионар лимфа тугунларига тушади, яллиғланиш жараёни ана шу ерда пайдо бўлади. Борди-ю, лимфатик тўсиқ қўзғатувчи йўлини тўса олмаса, у қонга тушиб, қон оқими бўйлаб барча ички аъзоларга тарқалади. Қўзғатувчи ҳаво-томчи йўли билан ўтганда бронхопневмония ривожланади. Ҳужайравий им-

мунитет реакциялари туляремияда иммунитет ривожланишида катта аҳамиятга эга.

Клиникаси. Ҳозирги вақтда туляремиянинг қуйидаги умум қабул қилинган таснифи бор.

Жараённинг жойлашувига кўра: а) шиллиқ пардалар ва лимфа тугунлари зарарлангандаги туляремия (бубонли, ярали-бубонли, кўз, ангиноз-бубонли бошқа ташқи қопламлари зарарланиши); б) асосан ички органлар зарарлангандаги туляремия (нафас йўллари, меъда-ичак йўли, бошқа ички аъзолар).

Жараённинг оғир-енгиллигига қараб: енгил, ўртача оғир ва оғир турлари мавжуд.

Қанчалик давом этишига қараб: ўткир, чўзилиб кетган, қайталанадиган турлари ҳам аниқланган.

Туляремиянинг инкубацион даври 1 кундан 21 кунгача ўзгариб туради, кўпроқ у 3—7 кун бўлади. Касаллик ўткир бошланади ва қуйидагилар: эт увишиши, бош оғриши, мушакларда оғриқ, баъзан бемор қайт қилиши, бурундан қон оқиши кузатилади. Юз шиллиқ пардалари қизарган (гиперемияланган), инъекцияланган бўлади. Илк ёшдаги болаларда юқори нафас йўлларида кўпинча катарал ҳодисалар қайд этилади. Юрак тонларининг бўғиқ эшитилиши, баъзан систолик шовқин эшитилиши, артериал босимининг пасайиши аниқланади. Ҳазм аъзолари системасида иштаҳа йўқлиги, гоҳи қорин оғриши, қабзиятга мойиллик, деярли ҳамма вақт жигар катталашуви қайд қилинади. Кўпинча касалликнинг 6—9-кунда талоқ катталашади. Ҳаётининг дастлабки 2-йилини яшаётган болалар меъда-ичак йўлида ўзгаришлар айниқса кўп кузатилади.

Асаб системасининг зарарланиши, уйқунинг бузилиши, доимо бош оғриши, оғир ҳолларда эс-ҳушнинг хиралашуви, алаҳсираш билан таърифланади. Периферик қонда ўртача лейкоцитоз, чапга силжиган нейтрофилёз, тезлашган ЭЧТ қайд қилинади. Касалликнинг бубонли турида регионар лимфа тугунлари яллиғланиб, катталашади. Инфекциянинг ўрнашган жойига ва бирламчи зарарланишларнинг жойлашувига қараб ярали-бубонли, кўз-бубонли ва ангиноз-бубонли турлар фарқ қилинади. Бирламчи ва иккиламчи бубонлар тафовут қилинади. Бирламчи бубонли инфекция лимфоген йўл орқали, иккиламчи бубонли инфекция эса гематоген йўл орқали аъзога тушади. Бубон сўрилиб кетади, йиринглайди, яра босади, склероз кузатилади.

Болаларда туляремиянинг клиник турларидан кўпроқ ангиноз-бубонли тури учраб туради.

Ички аъзолар зарарлангандаги туляремияда ўпка турини ажратишади. Патогенетик нуқтаи назардан бирламчи ва иккиламчи ўпка зарарланишлари тафовут қилинади. Касаллик кўкрак қафаси соҳасида оғриқлар пайдо бўлиши билан давом этади. Бирламчи зарарланишлар бронхит ва зотилжам кўринишида ўтади. Ўпканинг иккиламчи зарарланишлари бирмунча кечки муддатларда кузатилади.

Асосан меъда-ичак йўли зарарланиши билан ўтадиган туляремия қоринда кучли оғриқ туриши билан таърифланади. Бошқа аъзолар зарарланиши билан ўтадиган туляремия тури касалликнинг локал ўзгаришларсиз ўтадиган умумий симптомларида намоён бўлади. Умумий интоксикациянинг оғир симптомлари мавжуд бўлиб, кўпинча полиморф тошмалар тошиши, бўғимлар шишиши ва оғриқ бериши билан характерланади.

Ташхиси. Одамни туляремия бор-йўқлигига текширишда иммунологик усуллар ҳисобланган агглютинация реакцияси, ПГАР қўлланади. Эрта ташхис қўйиш мақсадларида туляремия ёрдамида тери ва тери усти синамаларидан фойдаланилади. Атроф-муҳит, кемирувчилар ва ҳоказоларда қўзғатувчини аниқлаш учун бактериологик усуллар қўлланади. Туляремияни инфекция мононуклеоз, ўлат, куйдирги, мелиоидоз, манқа, токсоплазмоз, оденовирус инфекция, бактериал зотилжам (пневмония), тиф-паратифоз хасталиклар, бруцеллёздан ажратиш лозим.

Туляремияни касаллик тури ва кечишининг оғир-енгиллигига кўра даволаш лозим. Ҳозирги вақтда стрептомицин, левомецетин, тетрациклин қаторидаги антибиотиклар энг самарали даволаш воситаси бўлиб ҳисобланади. Болаларга туляремия вакцинаси қилинмайди.

Бубонлар тезроқ сўрилиб кетиши учун консерватив терапия тадбирлари ҳисобланган кулранг симоб суртма дориси билан компресслар қўйилади.

Туляремия профилактикаси аҳолини фаол имунлаш ва санитария-эпидемиологик ҳамда ташкилий хўжалик чора-тадбирларини олиб бориш йўли билан ўтказилади.

ОҚСИМ (АРНТАЕ ЕРИЗООТИКАЕ)

Иситмалаш, умумий заҳарланиш, оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг афтоз зарарланишлари, қўл кафти терисининг зарарланиши билан кечадиган ўткир вирус касаллигидир.

Этиологияси. Филтрловчи вирус — оқсим қўзғатувчисидир. Оқсим вирусн ўлчамлари 20—30 нм бўлиб лимфа ва афтоз пуфаклар эпителийсида тўпланади ва жуда юқумли ҳисобланади.

Вирус ташқи муҳит омиллари таъсирига анча чидамлидир. Юқори ҳароратда вирус ҳалок бўлади.

Эпидемиологияси. Ҳайвонлар орасида оқсим касаллиги эпизоотик тусда бўлади. Қорамол, чўчқалар ва ёввойи ҳайвонлар оқсимга энг берилувчи бўлади. Одамлар оқсим билан камдан-кам касалланади. Асосан касал ҳайвонларнинг сутини ичган болалар зарарланади.

Оқсимда касал ҳайвонлар инфекциянинг асосий манбаи ҳисобланади, бунда ҳайвонлар сўлак, сут, сийдик ва ахлат билан ташқи муҳитга жуда кўп миқдорда вирус ажратади. Шу сабабли оқсим тарқалишида қуйидагилар катта хавф туғдиради: сут, сут маҳсулотлари, гўшт, шунингдек, тери, шохлар, туёқ, бу ерда вирус узоқ вақт сақланиб туради. Касал ҳайвонларга қараб турадиган одамлар ҳам оқсим билан зарарланишлари мумкин. Оқсим вирусн оғиз шиллиқ пардаси, тери, айниқса уларнинг шикастланган юзаларига тушганда юқади. Касаллик кўпроқ ёз ва кузда кузатилади.

Клиникаси. Одамда 3—8 кунлик инкубацион давридан кейин интоксикация симптомлари — иштаҳа пасайиши, эт увишиши, бош оғриши, томоқда оғриқ, оғиз қуриши, лоҳаслик, қувватсизлик, мушакларда оғриқ пайдо бўлади. Оғиз бўшлиғи кўздан кечирилганда кўпинча тил илдизида кичкина ярача аниқланади. Иситма бошланганидан 1—3 кун ўтгач, оғиз шиллиқ пардасида аввал тиниқ, кейин эса лойқага ўхшаш суюқликқа тўлган пуфакчалар ҳосил бўлади. 1—1,5 кундан кейин пуфакчалар ёрилиб, ўрнида чеккалари ғадирбудур ва туби тоза, ясси бўлган, оғриқ берадиган эрозиялар пайдо бўлади. Бундай ўзгаришлар тилда, лабда, бурун қанотларида, оёқ-қўл териснда қайд этилади. Регионар лимфа тугунлари катталашади. Яралар ҳосил бўлгандан кейин ҳарорат аста-секин нормагача пасаяди ва бемор ўзини дурустроқ сезади. Одатда ка-

саллик 2—3 ҳафта давом этиб, аксари соғайиш билан тугайди. Оқсимда юрак-томир системаси томонидан бузилишлар: артериал босим кўтарилиши, томир уриши (пульс) нинг секинлашуви, юрак тонларининг озмоз бўғиқ бўлиши ва чегараларининг кенгайиши кузатилиши мумкин. Қонда эозинофилия қайд этилади. Одамда оқсимнинг хавфли тури кузатилади, бунда юрак фаолиятининг сусайиб кетиши ўлимнинг асосий сабаби ҳисобланади. Болаларда касаллик бир қатор оғир ва узоқ, ҳамма вақт гастроэнтерит симптомлари билан, яъни қусиш, ич кетиши, кўпинча қон аралаш кечади. Уларда интоксикация симптомлари катталардагига қараганда кўпроқ ифодаланган бўлади, терида пуфакчалар пайдо бўлиб, стоматит ҳамма вақт ҳам қайд этилмайди.

Оқсимга ташхис эпидемик ёки эпизоотик маълумотлар бор-йўқлигига, касалликнинг клиник манзарасига ва денгиз чўчқаларида қўйилган биологик синамаларга қараб қўйилади. Вирусологик ва серологик усуллар, комплементни боғлаш реакцияси ва бемор зардобида вирусни бартараф этувчи антителоларни аниқлаш усуллари қўлланади. Афтоз стоматитлари, Бехчет касаллиги, оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси, оёқ панжалари ва қўл кафти терисининг зарарланиши билан ўтадиган вирус касалликларидан ажратилади.

Давоси. Оқсимга қарши махсус даво йўқ. Одатда симптоматик ва умумқувватловчи даво: ўрин-кўрпа режими, тоза ҳаво, витаминлар, оғиз бўшлиғини риванол ёки маргимуш эритмаси билан чайқаш кабилар буюрилади, йирингли асоратлар бўлганда антибиотиклар тайинланади. Катталарга венага 0,3—0,45 мл дан кунига 2—3 маҳал новарсенал юбориб туриш тавсия этилади. Болаларга ичиш учун 4 кун мобайнида осарсол берилади. Оқсим билан оғриган ҳамма болалар камида 21 кунга албатта касалхонага ётқизилади. Касаллик ўчоғи ҳам албатта дезинфекция қилинади.

Профилактикаси. Оқсим юқмаслиги учун аҳоли ўртасида касалликнинг хавф-хатари ҳақида кенг қўламда тушунтириш ишларини ўтказиш лозим. Борди-ю касаллик пайдо бўлса, уни ўз вақтида аниқлаш ва санитария-ветеринария ҳамда карантин чора-тадбирларини қатъий бажариш касалликнинг бартараф этилиши ва кейинчалик тарқалишининг олдини олиш учун ҳал этувчи аҳамиятга эга бўлади.

Этиологияси. Уч (I, II, III) турдаги полиомиелит вируслари: А гуруҳига оид (23 та тур) Коксаки вируслари, В гуруҳи (6 та тур) ва 32 та турдаги ЕСНО вируслари энтеровирус (ичак вируслари) га мансубдир.

ЕСНО ва Коксаки вирусларининг ўз физикавий-кимёвий хоссаларига кўра, кўпгина ўхшашлик томонлари бор. Бу энг майда вируслар бўлиб, РНК ва оқсил қобиғидан таркиб топган. Уларнинг генетик ва инфекция хоссалари РНК билан, антиген спецификлиги — оқсил қобиғи билан боғланган. Вируслар ташқи муҳитга чидамлидир. Коксаки ва ЕСНО вируслари асосан одам ичакларида яшайди, иқлими иссиқ бўлган мамлакатлар аҳолиси орасида ёз ва куз бошида кузатилади. Болалар энтеровирусларга энг берилувчан бўлиб, уларда туғма ва орттирилган иммунитет бўлмайди.

Ичак вирусларининг антиген структураси анча мураккаб бўлади.

Эпидемиологияси. Беморлар ва энтеровирус ташувчилари инфекция манбаи ҳисобланади.

Беморлар ҳаммадан кўра хавфли бўлади, чунки улар касалликнинг дастлабки кунларида бурун-ютқин секретини билан вирус ажратадилар.

Соғлом ташувчанлик частотаси 30 дан 90%ни ташкил этади, айни пайтда соғлом болалар орасида у турли шароитлар (ёш, йил фасли) га боғлиқ бўлади.

Энтеровируслар бемор ва ташувчи организмидан ахлат, бурун-ютқин секретини билан ажралиб чиқади ва бу атроф-муҳитнинг кенг кўламда инфицирланишига сабаб бўлади.

Фекал-орал йўл — инфекция ўтиши учун асосий йўл бўлсада, лекин кўпгина олимларнинг фикрича, вирус ҳаво-томчи йўли билан ҳам ўтади.

Патогенези. Юқори нафас йўллари ва овқат ҳазм қилиш йўлининг шиллиқ пардаси Коксаки ва ЕСНО вируслари учун кириш дарвозаси бўлиб ҳисобланади. Микроорганизмнинг дастлабки ҳолати патогенетик жараён ривожланишида етакчи ўринни эгаллайди. Организм резистентлигини сусайтирадиган қатор омиллар (толиқиш, совуқ олдириш, иссиқлаб кетиш, ўткир ва хроник касалликларни бошдан кечириш, шикастланишлар) инфекциянинг пайдо бўлишига ёрдам беради. Бу

омилларнинг ҳаммаси у ёки бу етакчи клиник синдром ривожланишига таъсир кўрсатади. Организмнинг им-мунобиологик хоссалари ожизлик қилганда вирус ор-ганизмга тушиб кўпая бошлайди, юқиш босқичи бош-ланади. Вируснинг бирламчи кўпайиши бурун-ютқин ҳалқаси, ичак ва регионар лимфа тугунларининг лим-фойд тўқимасида кузатилади. Бу ерда регионар ин-фекция босқичи ҳисобланган яллиғланиш реакцияси ривожланади. Вирус қонга ўтиши билан вирусемия (ин-токсикация) босқичи ривожланади. Вирусларнинг ток-сикоинфекцион хоссалари майда қон-томир деворининг зарарланишига ёрдам беради, натижада шиш пайдо бўлиб, аъзо ҳамда тўқималарда, айниқса марказий нерв системасида гемодинамиканинг бузилиши аниқ-ланади.

Инфекцион жараён касаллик ривожланишининг ҳар қандай босқичида ҳам тўхтаб қолиши мумкин, айти пайтда у регионар инфекция босқичида тўхтаб қола-ди — жараён симптомсиз ўтиб, беқарор иммунитет иш-ланиб чиқиши билан тугалланади. Вирусемия босқи-чида клиникада ифодаланмаган жараён локализа-циясиз қисқа муддатли иситма билан намоён бўлиши мумкин.

Энтеровирус инфекцияси касаллик авж олаётган пайтда ҳаво-томчи йўли билан тарқалиши эҳтимол, кейинчалик эса фекал-орал йўли орқали кузатилади.

Касалликка берилувчанлик анча юқори бўлади, у боланинг ёшига тааллуқлидир. Бола 1 ёшлигидан, кўпроқ 3—10 ёшлигидан энтеровирус касаллигига ча-линади. Энтеровируслар билан касалланиш ёз-кузда қайд қилинади.

Клиникаси. Энтеровирус инфекцияларининг клиник кечиши жуда хилма-хилдир. Касалликнинг қисқа муд-дат кечиши, соғайиш билан тугалланиши энтеровирус касалликларининг ҳамма клиник турлари учун хосдир. Тилнинг караш бойлаши, ҳалқум қизариши, юмшоқ танглай шиллиқ пардасининг донаторлиги, бўйин лим-фа тугунларининг шишиб чиқиши, қабзиятлар энг асо-сий симптомлар бўлиб ҳисобланади. Ана шу симпто-лар мавжуд бўлганда умумий оғир интоксикация қайд қилинмайди.

Касалликнинг тўлқинсимон, 2—3 ёки 4—5 кун ора-лаб қайталаниб туриши барча энтеровирус касаллик-ларида аниқланади.

Асоратлар одатда кузатилмайди.

СЕРОЗ МЕНИНГИТ

Бу энтеровирус инфекциянинг энг кўп учрайдиган клиник туридир. Касаллик ўткир бошланиб, ҳарорат 40° гача кўтарилади, бош қаттиқ оғрийди.

Менингеал симптомлар энтеровирус сероз менингитлар клиникасида етакчи симптомлар бўлиб ҳисобланади, булар касалликнинг 2—3-кунда пайдо бўлади. Эс-ҳушнинг хиралашуви, уйқучанлик ёки ортиқча қўзғалувчанлик, бош айланиши, талваса тутиши учраб туриши эҳтимол.

Кўпинча биринчи кунларда нейтрофиллар лимфоцитлар ҳисобига ошган ($500—1000 \text{ мм}^3$ гача) бўлади, оқсил ва қанд нормал кўрсаткичлар атрофида. Периферик қон томонидан лейкоцитоз билан нейтрофилёз ва формуланинг чапга силжиши кўрилади. Соғайиш даврида 15—20 фоизгача эозинофилия аниқланади.

Сероз менингит қулай кечади. Бемор 7—10 кундан кейин соғайиб кетади.

КАСАЛЛИКНИНГ ПАРАЛИТИК (ПОЛИОМИЕЛИТГА УХШАШ) ТУРИ

Энтеровирус инфекциясининг бу клиник тури асосан мактабгача ёшдаги болаларда спорадик кўринишда учраб туради.

Клиник манзара ифодаланган полиморфизм билан таърифланади. Марказий асаб системасидаги зарарланиш жойига қараб, спинал, понтин, булбар турлари кўзатилиши мумкин. Монопарезлар ҳолида ўтадиган рефлексларнинг пасайиши, оз-моз мушак атрофияси билан давом этадиган спинал турлари кўпроқ учраб туради. Парезлар тўла соғайиш фонида пайдо бўлиб, қўл-оёқларда бир оз қувватсизлик аниқланади.

Эпидемик миалгия. Касаллик қорин ёки кўкракнинг қуйи ярим соҳасида ўткир, юза оғриқ хуружларининг пайдо бўлиши билан кечади.

Клиникаси. Касаллик ўткир, шиддатли, кўпинча бирданига бошланиб, эт увишади, ҳарорат 40° гача кўтарилади, қаттиқ бош оғрийди, кўнгил айнийди, бемор қайт қилади, бадани қақшаб оғрийди. Биринчи суткадаёқ кўкракнинг иккала томонида ёки тўш ости соҳасида оғриқ пайдо бўлади. Оғриқ азоб берганидан бемор йиғлайди, бу ҳол бемор ҳаракат қилганида, нафас олгудек бўлганида, йўталганида аниқланади. Оғриқ хуружи бир неча дақиқадан 1,5—2 соатгача, бир

неча кун мобайнида давом этади. Қасаллик 2—6 сутка давом этиб, қулай кечади, қайталаниб туради.

ГЕРПЕТИК АНГИНА

Энтеровирус инфекциясининг бу турини асосан А гуруҳга мансуб Коксаки вируслари келтириб чиқаради. Ҳалқумнинг шиллиқ пардасига герпетик тошмалар тошини касалликнинг клиник белгиси ҳисобланади. Бу хасталик билан асосан кичик ёшдаги болалар оғрийдилар.

Ичак ёки гастроэнтеротик тури. Касалликнинг бу турини Коксаки ва ЕСНО вируслари келтириб чиқаради, энтеровирус инфекциясининг ичак турида ич кетиши етакчи симптом бўлиб ҳисобланади. Илк ёшдаги болаларда учраб туради. Ичак билан бирга одатда юқори нафас йўллари ҳам зарарланади. Ичак инфекциялари ўрта даражада ифодаланганда дисфункция 2—8 ҳафта давом этади.

Касалликнинг катарал тури (юқори нафас йўллари катари). Этиология жиҳатидан касалликнинг бу тури ЕСНО энтеровируслари билан боғланган. Илк ёшдаги болаларда учраб туради. Касаллик ўткир бошланиб, ҳарорат 38—39°C гача кўтарилади. 1 ёки 2-сутканинг охирига келиб, тумов, йўтал, аксириш, ҳалқумда гиперемия кузатилади. Ўпкада бироз қуруқ хириллашлар эшитилади. Касаллик 7—8 кун давом этади.

ЕСНО-экзантема — Бостон иситмаси. Касаллик ҳароратнинг 38—40° гача кўтарилиши билан бошланиб, 2—3 кун сақланиб туради. Иситмалаш жараёнида бош ва ичак оғриғи, кўнгил айланиши, қоринда оғриқ, ич кетар пайдо бўлади. Катарал ҳолатлар, йўтал, тумов, ангина, конъюнктивит ҳам кузатилиши мумкин. Касалликнинг 1—2-кунида юзда, гавдада ва қўл-оёқларда оч қизил рангли доғсимон папулёз ёки полиморф тошмалар пайдо бўлиб, улар 1—2 кун сақланиб туради, кейин ном-нишонсиз йўқолиб кетади, пигментлар ҳам қолмайди. Касаллик енгил ўтиб, батамом соғайиш билан тугалланади.

Митти касаллик (энтеровирус иситмаси, 3 кунлик иситма). Касалликнинг бу тури энтеровирус касалликлари орасида биринчи ўринни эгаллайди. Касаллик кучсиз клиник симптом билан кечади. Барча ёшдаги болалар, айниқса мактаб ёшидаги болалар ўртасида кўпроқ учраб туради.

Ўткир геморрагик конъюнктивит. Касаллик ҳарорат кўтарилиши, бош оғриши, кўзда оғриқ туриши, кўз ёши оқиши билан бошланади. Склера томирларига кучли қон қуйилиши, шиш ва гиперемия билан ифодаланади.

Ташхиси. Вирусологик ва серологик текширувларга асосланган. Вирусологик текширишлар учун касалликнинг биринчи кунларида бурун-ютқин шиллиғи, қон, ликвор, ахлат олинади.

Серологик ташхис. Зардоблар икки марта: биринчи марта бемор касалхонага ётқизилганда, иккинчи марта эса 1—2 ҳафта ўтгандан кейин текширилади! Касаллик динамикасида вирусларни бартараф этувчи ва комплементни боғловчи антителоларнинг 4 ва бундан ортиқ кўпайиб бориши ташхисни тасдиқлайди.

Дифференциал ташхис касалликнинг клиник турига қараб қўйилади. Эпидемик миалгия ташхисиди, айниқса эҳтиёт бўлиш зарур, у ўткир жарроҳлик касалликлари (ўткир аппендицит, ичакларнинг тутилиб қолиши)га ўхшаб кетади.

Давоси. Энтеровирус касалликларининг этиотроп даволаш воситалари йўқ. Бутун даво патогенетик ва симптоматик воситаларга асосланган.

Беморларга ўринда ётиш режими, тўла сафатли, витаминлаштирилган овқатланиш тавсия этилади. Сероз менингитларда дегидратацион терапия ўтказилади.

Профилактикаси. Махсус профилактика чоралари ишлаб чиқилмаган.

ИНФЕКЦИОН ЭРИТЕМА (ERUTHEMA INFECTIOSUM)

Этиологияси аниқланмаган ўткир инфекцион касалликлар гуруҳидир. Иситмалаш, умумий интоксикация симптомлари ва эритематоз майдонларга қўшилиб келадиган тошмалар тошиши билан таърифланади.

Этиологияси. Қўзғалувчиси ажратилмаган. Касалликнинг баъзи турларида (Розенберг, Чамернинг инфекцион эритмаси, тасодифий экзантема) у эҳтимол вирусларга мансуб бўлса керак. Тугунсимон эритема қатор инфекцион касалликларда, айниқса аллергик қайта тузилиши ифодаланган бот, сил, туляремия, сохта силда пайдо бўладиган симптомдир.

Эпидемиологияси. Касаллик спорадик ҳолида учраб туради. Инфекция манбаи ва резервуари маълум эмас. Беморлар атрофдагилар учун хавф туғдирмайди.

Инфекцион эритемалар патогенези ўрганилмаган.

Симптомлари ва кечиши. Эритемаларнинг асосий клиник турлари қуйидагилардан: 1) Розенбергнинг инфекцияцион эритемаси; 2) Чамернинг инфекцияцион эритемаси; 3) тугунсимон эритема; 4) кўп турли экссудатив эритема; 5) тасодифий эритема; 6) дифференцияланган эритемадан иборат.

Розенбергнинг инфекцияцион эритемаси. Ўткир бошланиши, умумий интоксикация симптомлари билан ифодаланган иситма (кучли бош оғриғи, уйқусизлик, миалгия, артралгия) билан таърифланади. Қасалликнинг 4—6-кунда оёқ-қўлларда доғсимон ёки макропапулёз тошмалар пайдо бўлади. Юзга тошма тошмайди. 5—6 кун ўтгач, тошма йўқолиб кетади, ундан ясиқсимон ёки пластинкасимон қипиқ қолади. Иситма 8—12 кун давом этади. Аксарият, жигар ва талоқ катталашган бўлади. Айрим беморларда бўғимлар шишиб чиқиши, шунингдек, менингеал ҳодисалар кузатилиши эҳтимол.

Чамернинг инфекцияцион эритемасида инфекцияцион давр 9—14 кун давом этади. Хасталик енгил ўтиб, кўпроқ болалар касалланади. Тана ҳарорати нормал ёки субфебрил бўлади. Қасалликнинг 2-кундан юз терисида майда доғлар кўринишида ўзига хос тошмалар пайдо бўлади.

Тошманинг айрим элементлари гавда ва оёқ-қўлларга ҳам тошиши мумкин. Тошма элементлари марказдан бошлаб оқаради. Экзантема анча вақт (2 ҳафтагача) сақланиб туради.

Тугунсимон эритема (*Erythema nodosum*) қатор инфекцияцион хасталиклар (туляремия, бот, силнинг кўринишларидан бири) дан ҳисобланади. Тана ҳароратининг ошиши, оёқ-қўллар, айниқса йирик бўғимларнинг зирқираб оғриши ва ўзига хос экзантема билан таърифланади. Тошма болдир ва елканинг симметрик жойларида, камроқ сон ва оёқ панжаларида пайдо бўлади. Тошма элементлари тугунлардан иборат бўлиб, пайпаслаб кўрилганда оғриқ беради, тери сатҳидан кўтарилиб туради, тери ичкарисида инфилтрат аниқланади. Тугунлар устидаги тери ранги аввал қизил, сўнгра кўкимтир ва инфилтрат камайиб кетганда яшилсимон-сарғимтир бўлиб қолади. Тугунлар 3 ҳафтагача сақланиб туради.

Кўп турли (полиморф) экссудатив эритема иситма (39—40°C), умумий интоксикация симптомлари (бош оғриғи, қувватсизлик, артралгия) билан таърифланади. Қасалликнинг 4—6 кунда гавда ва оёқ-қўлларга мўл полиморф тошмалар тошади. Тошма элемент-

лари доғ, папулалардан иборат бўлади. Сўнг тиниқ суюқлик билан тўлган пуфакчалар ҳосил бўлади. Пуфакчалар ёрилиб кетгандан кейин ўрнида олдин қизил моматалоқ, кейин эса қизғиш пўстлоқ ҳосил бўлади. Беморлар тошма тошган ердаги тери қичишиши ва ачишишидан шикоят қиладилар. Эритеманинг бир қатор оғир турларида (Стивенсон — Жонсон синдромида) тери зарарланишидан ташқари, оғиз, бурун-ютқин шиллиқ пардалари, жинсий аъзолар, кўзда эрозив-ярали ўзгаришлар юзага келади. Касаллик одатда 1—3 ҳафта кечади. Стивенсон — Жонсон синдроми эса 1,5 ой ва бундан кўпроқ давом этади. Ўлим ҳоллари қайд этилган.

Бирданига рўй берадиган экзантемада инкубацион давр 3—6 кун давом этиб, касаллик ўткир, тана ҳароратининг 38—40° гача кўтарилиши ва нисбатан умумий интоксикациянинг ўрта миёна симптомлари билан бошланади. Касалликнинг 3—4 кунда ҳарорат норматга тушади ва айни вақтда юз, гавда ва оёқ-қўлларга экзантема (ёки 1—2 кун ўтиб) тошади. Тошма элементлари майда, оқиш, оч қизил доғлардан иборат (диаметри 5 мм) бўлиб, улар гоҳо қўшилиб кетади ва қизамиқда ёки қизилчада бўлгани каби тошмани эслатади. 2—3 кундан кейин тошма йўқолади, ундан кейин тери қипиқланмайди, пигмент қолмайди.

Қонда касалликнинг дастлабки кунларида нейтрофил лейкоцитоз, тошма тошганда — лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз қайд қилинади.

Дифференциялашган инфекцион эритема келиб чиқиши маълум бўлмаган, иситма, ўртача ифодаланган умумий интоксикация симптомлари билан таърифланадиган инфекцион касалликларнинг йиғма гуруҳидан иборат бўлиб, у маълум бўлган қандайдир бирор инфекция турга хос эмас.

Инфекцион эритемалар ташхиси клиник маълумотларга асосланган. Гоҳо лаборатория усуллари, асосан бошқа инфекцион касалликларни бартараф этиш учун қўлланади. Махсус диагностиканинг лаборатория усуллари йўқ.

Давоси. Инфекцион эритемаларнинг енгил турларида симптоматик даво билан чегараланади. Тугунсимон эритемада асосий касалликка даво қилинади, қўшимча равишда антигистамин препаратлари (димедрол, дипразин, супрастин) тайинланади. Розенберг эритемасининг оғир турида ва полиморф ҳамда экссудатив эритемада кортикостеронд препаратларидан преднизолон

лон буюрилади, бунда юқори миқдорлардан бошлаб секин-аста миқдор камайтириб борилади ёки бошқа гормонал препаратларининг эквивалент миқдорларини 7—15 кун мобайнида тайинланади.

Профилактикаси. Ишлаб чиқилмаган. Ўчоқда чоратадбирлар олиб борилмайди.

«ВАБО» (CHOLERAЕ)

Ўта хавfli (карантин инфекцияларига тааллуқли бўлган) касаллик бўлиб, меъда-ичак йўли функциясининг кескин бузилиши билан таърифланади, бутун аъзонинг сувсизланиши ва тузсизланишига олиб келади ва кейинчалик барча ҳаётий муҳим аъзолар функциясининг заҳарланиши ва бузилиши билан давом этади.

Этиологияси. Вабо вибриони узунлиги 1,5—3,0 мкм ва эни 0,4—0,6 мкм келадиган таёқчалардан иборат бўлиб, улар кўпинча вабо вергуллари кўринишида бўлади ва аналлин бўёқларида дуруст бўялади. Вабо вибрионлари битта хивчини борлигидан анча ҳаракатчан бўлади, споралар ва капсулалар ҳосил қилмайди. Озиқали, айниқса ишқорли муҳитда яхши ўсади. 36—40° ли ҳарорат вабо вибриони ўсиши учун энг қулай ҳарорат ҳисобланади.

Суюқ озиқали муҳитда эритроцитлар гемолизини келтириб чиқармаслик хусусияти вабо вибрионининг муҳим белгиси бўлиб ҳисобланади.

Вабо вибрионлари мураккаб антигенли тузилишга эга. Шунга кўра бир неча серологик гуруҳларга ажратилади.

Эль-Тор вибриони О-гуруҳга тааллуқлидир. Бу гуруҳда, шунингдек, учта серологик тур: Огава, Инаба ва Гикошим турлари фарқ қилинади.

Вабо вибрионлари паст ҳароратга чидамли бўлиб, қиздирилганда нисбатан тез ҳалок бўлади. Масалан, 60° ли ҳароратда вабо вибрионлари 30 дақиқадан кейин, 80° ли ҳароратда эса 5 дақиқадан сўнг нобуд бўлади. Улар турли хил кислоталар таъсирига айниқса сезувчандир.

Эпидемиологияси. Вабо ўткир-инфекцион ичак касалликлари гуруҳига мансубдир. Лекин бошқа ўткир-инфекцион ичак касалликларидан фарқли ўлароқ, вабо оғир кечиши, қисқа вақт турли ҳудудларда аҳолининг катта қисмини зарарлантириш хусусияти борлиги билан таърифланади.

Вабонинг кўрсатиб ўтилган хусусиятлари уни ўта хавфли инфекциясига касаллик деб ҳисоблашга асос бўлади. Эпидемия авж олганда, дастлаб инфекция ўчоғини аниқлаш лозим, аксарият бу эпидемиялар сувдан тарқалади (сув эпидемиялари).

Одам биттаю-битта инфекция манбаи ҳисобланиб, у вабо вибрионларини касаллик пайтида, касалликдан тузалгандан кейин ёки соғлом ташувчилик ҳолатида ташқи муҳитга ажратади.

Бемор касаллик авж олганда, инкубацион ва реконвалесценция давридаёқ юқумли бўлади. Реконвалесцентлар вибрионларни касалликнинг 18—21- кунини ва баъзан 58—60- кунини ҳам ажратиши мумкин.

Вибрион ташувчиликнинг уч хили тафовут қилинади: соғлом ёки симптомсиз вибрион ташувчилар; реконвалесцентли вибрион ташувчилар; вабо вибрионларини (яъни инкубацион даврида) ташувчилар. Эпидемия ўчоқларида кўпроқ болалар зарарланади.

Патогенези ва патологик анатомияси. Вабода касаллик қўзғатувчиси одам организмига оғиз орқали сув ёки овқат маҳсулотлари билан бирга тушади. Вабо вибрионлари ингичка ичакка кириб олиб кўпаяди. Улар ўт ҳайдовчи системада ҳам кўпайиши мумкин. Вабо вибрионлари ўз ҳаёти давомида экзотоксин ажратади, у изотоник суюқликнинг кўплаб ажралишига (гиперсекрецияга) ёрдам беради. Меъда-ичак йўлида изотоник суюқликнинг тезда йўқолиши — барча касаллик клиник аломатларининг сабаби ҳисобланади. Натижада гемоконцентрация ҳодисалари кузатилади, гиперпротеинемия, лейкоцитоз, эритроцитоз ривожланиб, оралиқ ва бошқа метаболик, токсинли маҳсулотлар тўпланади.

Клиникаси. Болаларда касалликнинг энг енгил туридан тортиб то оғир турларигача қайд этилади. Уларда вабонинг турли клиник турларда ва хилларда кечиши ҳар хил омилларга боғлиқ бўлади, бунда болаларнинг индивидуал ва ёшга оид реактивлиги маълум турин тутади.

Қатталарда касаллик кечишининг турли босқичлари аниқланади. Кичик ёшдаги болаларда эса касаллик босқичини ҳамма вақт ҳам белгилаб бўлмайди. Болаларда вабонинг инкубацион, симптомлар камайган ва клиник соғайиш давлари фарқ қилинади.

Эль-Тор вабосида инкубацион давр 1—2 кундан 5 кунгача, камдан-кам ҳолларда эса узоқ муддат давом этиши мумкин. Вабода кўпинча ич кетади, гоҳо ич

кетишидан олдин бола қайт қилади. Камдан-кам ҳолларда болаларда продромал симптомлар кузатилади. Боланинг иштаҳаси камаяди, инжиқланади, қорни оғрийди.

Қасалликнинг кўрсатиб ўтилган симптомлари асосан катта ёшдаги болалар орасида учрайди, баъзи беморлар кўнгил айнишидан нолийдилар, бу ҳолат қайт қилишдан олдин пайдо бўлиб, кетидан ич кетади. Қусуқ массаларида дастлаб овқат қолдиқлари бўлиши мумкин, кейин унга ўт, шиллиқ қўшилади, кейинроқ эса улар рангсизланади ва гуруч ювиндисига ўхшаш, гоҳо қон аралашган бўлади. Қасаллик бошланганда бола кўп қайт қилади, кейинчалик қусуқ камаяди. Бу ҳол суюқлик йўқотилиши ва сувсизланишнинг тез ривожланиши натижасида кузатилади. Бола кучанаверганидан мадори қурийди, вазни йўқолади, юзи ўткирлашиб, кўзлари ич-ичига кириб кетади, кўзининг таги кўкаради, оғиз қуриб, умумий токсикоз ва эксикознинг бошқа типик аломатлари пайдо бўлади. Илк ва кичик ёшдаги касал болаларда токсинли синдром ва сувсизланиш белгилари айниқса тез ривожланади. Боланинг ичи суюқ келиб сариқ, сарғиш-яшил рангда бўлиши мумкин. Қасаллик бошланганидан бир неча соат мобайнида 5—10—20 мартагача ич келади. Ахлат массалари сувга ўхшаш рангсиз бўлиб, гоҳо гуруч ювиндисига ўхшайди. Айрим беморларда эса ахлат массалари гўшт ювиндисини эслатади. Вабода ахлат ишқорли реакция (pH 7,0—9,0) га эга, солиштирма оғирлиги қарийб 1002—1014 бўлади. Касал болаларда суюқлик ва минерал тузларнинг кўп миқдорда йўқотилиши натижасида сувсизланиш ҳолати ривожланади. Бунда илк ёшдаги болаларда оғир сувсизланиш ҳолати катта ёшли болалардагига қараганда тезроқ ривожланади.

Асоратлари. Болаларда вабодан тузалиб кетгандан кейинги асоратлар катталардагига қараганда тезроқ ривожланади ва оғирроқ ўтади. Тез-тез учраб турадиган асоратлардан (каналча некрози туфайли) ўткир буйрак етишмовчилигидир. Қалий ўрни етарлича тўлдирилмаганда гипокалиемия, нефропатия, юрак аритмиялари, паралитик илеус ривожланади. Суюқликнинг ҳаддан ташқари кўп қуйилиши ўпка шишувига олиб келиши мумкин. Даволаш пайтида кома, томир тортишиши, узоқ муддатли тормозланган ҳолат, ифодаланган гипогликемия ривожланиши эҳтимол.

Ташхиси. Вабо ташхисини дегидратацияси ифода-

ланган диареяда тасдиқлаш мумкин. Эпидемия авж олганда ташхис қўйиш қийинчилик туғдирмайди.

Бактериологик усул ташхис қўйишда ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Қасалликни аниқлаш учун ахлат ва қусуқ массалари текширилади. Бунда микроскопик текширув усулидан фойдаланилади. Диагностиканинг қуйидаги тезлаштирилган усуллари ишлаб чиқилган.

1. Вибрионларни вабога қарши О-зардоб билан им- мобилизация қилиш ва микроагглютинациядан фойдаланиш усули (ташхисни бир неча дақиқадан кейин аниқласа бўлади).

2. Натив материални ўзига хос вабога қарши О- зардоб билан макроагглютинация қилиш усули (ташхисни 3—4 соатдан кейин қўйилади).

3. Флюоресценцияловчи зардоблар ёрдамида серологик усулдан (30 дақиқа—1 соатдан кейин жавоб олинади) фойдаланилади. Вабони ифодалаган диарея билан дегидратация кузатиладиган қатор касалликлар ҳисобланган стафилококклар, дизентерия, сальмонеллалар, гастроэнтеритлар, вирус этиологияли диареялардан дифференциал ташхис қилинади.

Даволаш. Йўқотилган сув-туз ўрнини тезда тўлдириш давонинг энг асосий вазифасидир. Даво чора-тадбирлари қаторида антибиотиклар ҳам ҳал қилувчи роль ўйнайди. Сув ва электролитлар ўрни бола танаси массаси ва сувсизланиш даражасига қараб тўлдирилади.

Болаларнинг регидратацион терапияси учун қуйидаги таркибдаги эритмалар: 4,5 г натрий хлорид, 4 г натрий гидрокарбонат, 1,25 г калий хлорид, 50 г глюкоза, 1 л апиногенли бидистилланган сувдан фойдаланилади. Гиперкалиемия белгилари аниқланганда таркибида тутмайдиган эритмалар: 6 г натрий хлорид, 4 г натрий гидрокарбонат, 50 г глюкоза, 1 л апиногенли бидистилланган сув ишлатилади.

Йўқотилган сув ўрни тўлдирилгандан кейин энтерал ёки парентерал йўл (соатига 10—15 мг/кг) орқали диарея тамом бўлгунга қадар қувватловчи гидратацион даво қўлланади. Қўкрак ёшидаги болаларни имкон борича тез-тез эмизиб туриш буюрилади. Овқат ея бошлаган болаларга эса тўла сифатли таомлар тавсия этилади.

Антибиотиклар фақат регидратация тамом бўлгандан кейингина тайинланади. 3 кун мобайнида ҳар 6 соатда 50 мг/кг тетрациклин берилади, шунингдек

10 мг/кг фуразолидон, 30 мг/кг эритромицин ҳам самарали ҳисобланади.

Профилактикаси. Зарарланган сув ва овқатни истеъмол қилмаслик асосий профилактика тадбирларидандир. Вабога қарши вакцина бўлса-да, у кам таъсир қилади, чунки у қисқа муддатли иммунитет ҳосил қилади.

Вабода тетрациклин қабул қилинади: 10 ёшгача бўлган болаларга — 50 мг/кг, бундан катталарга — 250 мг/кг ёки бир марта қабулга доксациллин (болаларга — 6 мг/кг, катталарга 200 мг/кг) берилади. Беморларда вабо борлигига шубҳа қилинганда уларни дарҳол ажратиш ва касалхонага ётқизиш лозим.

Алоқада бўлган шахсларнинг ҳаммаси ажратиб қўйилади.

ҚАЙТАЛАНУВЧИ КАНА ТЕРЛАМАСИ

Ўткир инфекцион хасталик бўлиб, уни турли каналар орқали ўтадиган боррелиялар келтириб чиқаради ва қисқа муддатли иситма билан кечади.

Қасалликнинг қайталанувчи кана иситмаси, кана спирохетаси, кана рекурренси, бундан ташқари, тарқалиш жойига қараб Марказий Осиё қайталанувчи терламаси, Шимолий Африка, Осиё, Шимолий Америка ва Жанубий Америка рекурренси каби синоним номлари бор.

Этиологияси. Кана боррелиозини спирохеталар келтириб чиқаради. Одамда боррелиознинг қарийб 20 қўзғатувчилари қайд қилинган, лекин улар морфологик жиҳатдан (биологик белгилардан ташқари) бир-бирига ўхшаб кетади.

Қасаллик вибриони бурамага ўхшаб эгилган ип ёки бир оз чўзилган бурамани эслатади. Баъзан у ярим доира шаклида жойлашиб, учлари ўткирлашган бўлади. Йирик бурмачалар сони 4 дан 12 гача, баъзан бундан ҳам кўпроқ бўлади. Илонга ўхшаб ва штопорсимон ҳаракат қилади.

Эпидемиологияси. Аргас каналари боррелиоз қўзғатувчиларининг асосий хўжайин ташувчилари бўлиб хизмат қилади. Каналар ўз хўжайинлари — ёввойи сут эмизувчиларда, қушлар ва рептилияларда яшайди, бу боррелиялар, каналар ва ҳайвонлар орасида айланиб юриш учун табиий ўчоқ ҳисобланади.

Патогенези ва патологик анатомияси. Кана чаққан боррелиялар одам организмига тушиб ретикулоэндо-

тслий томонидан қамраб олинади ва улар ана шу ерда кўпаяди. Боррелиялар кўпаяр экан, етарли миқдорда тўпланиб, ретикулоэндотелий тўсигини тешиб ўтиб, қонга тушади натижада касаллик келиб чиқади.

Мазкур хасталик патогенезида қўйидаги босқичлар ажратилади: 1) зарарланиш босқичи; 2) бирламчи спирохетемия; 3) токсинемия; 4) спирохеталар реакцияси; 5) гуморал ҳужайравий механизмлар реакцияси; 6) токсинемия ҳоллари ва қайталанган спирохетемия.

Клиникаси. Инкубацион давр 4—15 кун атрофида, кўпроқ 6—10 кун давом этади. Касаллик ўткир, кўпинча бирдан бошланади. Баъзи ҳолларда продромал ҳолатлар — умумий ҳолсизлик, оёқ-қўллар, баданининг қақшаб оғриши, бел ва болдир мушаклари оғриши кўринишида қайд қилинади.

Тез-тез бош оғриб туриши, шунингдек, оз-моз эт увишиши, ҳарорат 38—38,5°C гача ва бундан кўпроқ кўтарилиши мумкин. Прогномал ҳолатлар 3—4 кун давом этиши мумкин, ҳарорат тушиб тер чиқади, барча оғриқ берувчи симптомлар ўтиб, бемор аҳволи яхшиланади. Боррелиоз клиникаси пароксизмлар бўлиши, эт увишиши, иссиқлаб кетиш, терлаш билан таърифланади. Хуружлар тўсатдан, ҳароратнинг учкун тезлиги каби 39—40° гача кескин кўтарилиши билан бошланади, кучли бош оғриғи, жунжикиш қайд этилади, кейин бемор қаттиқ иситмалаб, бели, оёқ-қўллари, болдир мушаклари оғрийди, безовталанаяди, уйқусизлик бошланиб, баъзан алаҳсирайд. Томир тез-тез уради, юрак тонлари бўғиқ бўлади, тилни караш қоплаган, иштаҳа бўлмайд. Хуруж пайтида юз қизариб кетган, жигар ва талоқ катталашган бўлади. Хуруж ҳароратнинг жуда ҳам тушиб кетиши ва тез-тез чиқиши билан тугалланади, у 5—6 соат давом этиши, лекин тер камроқ чиқиши ҳам мумкин. Баъзи ҳолларда хуруж меъда-ичак бузилишлари (қусиш, қоринда спастик оғриқлар ва ич кетар ҳолида) билан давом этади. Хуруждан кейин ҳарорат бирданига тушиб кетади, беморда умумий қувватсизлик пайдо бўлади, лекин оғриқ, ҳолсизлик ўтиб кетади, аҳвол яхшиланади, ҳатто ишлаш қобилияти ҳам тикланади.

Дастлабки хуруж бир неча соатдан 2—4—6 кунгача давом этади.

Баъзан эрталабки ремиссиялар бўлган ҳолда ҳароратнинг қисқа муддатга кўтарилиши кузатилади. Иккинчи хуруж 1—6—8 кундан кейин ривожланади ва

у 4—8 соатдан 4—8 кунгача давом этади. Қана боррелиозида ҳарорат касаллик энди бошланганда интермиттирловчи тусда бўлиши мумкин. Қайталанувчи хуружлар сони ўрта ҳисобда 8—10 гача етган, лекин бундан ҳам кўпроқ бўлиши мумкин, ҳар бир кейинги хуруждан сўнг унинг кўпроқ давомийлиги қисқариб боради, апиректик давр эса янада узайиб, 10—15—20 кунгача давом этади.

Касаллик 3 ҳафтадан 3—4 ойгача давом этиши мумкин. Қана боррелиозида енгил хуружлар кузатилиб, беморлар буларни осонгина кўтарган, шунингдек, уларда симптомсиз спирохета ташувчилик ҳам қайд қилинган.

Периферик қонда озроқ гипохром камқонлик (6—10 марта хуруж тутгандан кейин), нейтрофилёз бироз ошгани, ўртача лейкоцитоз, нисбий лимфоцитоз, моноцитоз, эозинопения қайд қилинади. ЭЧТ тезлашган бўлади.

Асоратлари. Аксарият қана боррелиозининг оғир ўтадиган турларида — пневмония (зотилжам), сепсис, гепатит, сариқлик, нефрит, отит, кўз зарарланиши (ирридоциклитлар, иритлар, шишасимон тананинг хиралашуви) кузатилади.

Ташхиси. Ташхисда эпидемиологик вазият — ҳисобга олинади. Ташхис учун биологик ҳайвонларга касалланган ҳайвонлар қонини юқтириш усулидан (денгиз чўчқалари, оқ сичқонлар) ҳам фойдаланилади. Юқтириб бўлгандан сўнг касалликнинг 1—5-кунига зарланган ҳайвонларнинг қони боррелиялар бор-йўқлигига текшириб кўрилади. Қана боррелиозини эпидемик қайталанувчи бит боррелиози, безгак, иситма, фалаж, энцефалитлардан дифференциал ташхис қилиш лозим.

Давоси. Антибиотиклар қана спирохетозини замонавий даволашнинг асосини ташкил этади. Левомецетин 0,1—0,15 дан кунига 4 марта, эритромицин 0,15 дан кунига 4—6 маҳал берилади.

Антибиотиклар билан даволаш курси тана ҳарорати барқарор бўлгунча, одатда 5—7 кун мобайнида ўтказилади. Симптоматик даво беморнинг умумий аҳволи ва кўрсатмаларга қараб олиб борилади.

Иситма хуружи даврида беморларга етарли миқдорда қалорияли ва осон ҳазм бўладиган овқатлар берилиши лозим.

Асоратларда ва қўшилиб қолган касалликларда

асосий даво зарур бўлган қўшимча даволаш воситалари билан тўлдирилади.

Профилактикаси. Энг аввало каналар ҳужумидан муҳофаза қилиш ва каналарга қарши кураш чора-тадбирлар комплекси кана боррелиозини профилактика қилишнинг асосий мақсади ҳисобланади.

ЎЛАТ (PESTIS)

Жуда оғир заҳарланиш, иситма, лимфатик система, ўпка ва бошқа аъзолар зарарланиши билан таърифланадиган ўткир инфекцион касалликдир. Ўлат табиий ўчоқли трансмиссив инфекциялар гуруҳига тааллуқлидир.

Этиологияси. Ўлат қўзғатувчиси катталиги $1-3 \times 0,3-0,7$ мкм келадиган учи думалоқ таёқчалардан иборат. Ўлат қўзғатувчиси ҳаракатсиз, споралар ҳосил қилмайди, капсуласи шиллиқли, грамманфий бўлиб, барча анилин бўёқлари билан бўялади. Бемор тўқималари, одам ва ҳайвонларнинг янги мурдаларидан тайёрланган суюқ озиқали муҳитларда ўстирилган, бўялган суртмаларда биполяр кузатилиб, микроб охирида бирмунча қуюқ ва ўрта қисмида кучсиз бўялган бўлади. Одамдаги суюқ ва зич озиқали муҳитларда ҳарорат $25-30^{\circ}\text{C}$ ва pH $6,9-7,2$ бўлганда ўсади.

Эпидемиологияси. Кемирувчилар (каламushлар, юморноқозиқлар, сичқонсимон кемирувчилар, сувараклар), шунингдек, туялар инфекциянинг табиатдаги асосий резервуарлари бўлиб ҳисобланади. Ҳозирги вақтга қадар кемирувчиларнинг қарийб 300 тури ва кичик хиллари ҳисобланган ўлат микроби ташувчилари маълум. Бурга инфекция ташувчиси ҳисобланади. Одамга касаллик бурга чаққанда, бевосита бемор кишилар, ҳайвонлар, уларнинг жасад ва ажралмалари орқали юқадди. Ўлатнинг ўпка турига учраган беморлар, айниқса хавфли бўладилар, булар одамларнинг ҳаво-томчи орқали зарарланиши манбалари (ўлатнинг ўпка тури юзага келади) бўлиб қолиши мумкин. Одамларнинг ўлатга берилувчанлиги жуда катта бўлади. Ўтиб кетган касалликдан кейин турғун иммунитет сақланиб қолади.

Патогенези. Ўлат қўзғатувчиси одам организмига тери, шиллиқ пардалар, нафас йўллари, ҳазм йўли орқали тушиши мумкин. Лекин тери қўзғатувчининг кўпроқ кирадиган жойи бўлиб ҳисобланади.

Қабул қилинган таснифга мувофиқ, одамда ўлат-

нинг қуйидаги клиник турлари: бубонли, тери, бирламчи-ўпка ва бирламчи септик турлари тафовут қилинади. Бактерия тери орқали кирганда, унда гоҳо ўзига хос реакция ривожланиб, яра пайдо бўлади (тери ёки тери-бубонли тури). Аксари ўлат таёқчаси лимфа оқими билан энг яқин жойлашган лимфа тугунларига етиб, уларда ва атрофдаги тўқималарда геморрагик-некротик яллиғланиш (бубонли турларни) келтириб чиқаради. Микробларнинг парчаланиши натижасида интоксикация (заҳарланиш)га сабаб бўладиган эндотоксин озод бўлади. Кейинчалик қўзғатувчи қонга тушиб, бутун аъзога тарқалади (инфекциянинг кўплаб тарқалиши) ва қатор аъзолар зарарланиши ва иккиламчи бубонлар келиб чиқишига сабаб бўлади. Зотилжамнинг қўшилиб келиши, айниқса хатарлидир, чунки бунда касалликнинг ҳаво-томчи йўли билан тарқалиши имконияти пайдо бўлади. Септик ўлат, ўлат микробининг қонга тери ёки шиллиқ пардалар орқали кириб, инфекциянинг тарқалиши ва ички аъзонинг кўплаб уруғланиб кетиши билан таърифланади. Уларда микроблар шиддат билан кўпаяди, септицемия ва ўта оғир заҳарланиш юзага келади. Зарарланишнинг ўпка тури ҳаво-томчи йўли орқали аниқланади. Ўлат микроби нафас йўллари орқали киради. Ўпка тўқимасида сероз-геморрагик яллиғланиш юз бериб, некротик компонент ифодаланган бўлади. Лобар ёки қуйилувчан зотилжам ривожланади. Альвеолалар суюқ экссудат билан тўлиб, у эритроцитлар, лейкоцитлар ва ўлат таёқчаларидан иборат. Септик ва ўпка ўлати жуда оғир ўтиши ва ниҳоятда нохуш белгилар билан таърифланади.

Клиникаси. Инкубацион давр 2—3 кун бўлиб, ўлатнинг ўпка турида эса қисқароқ, эмланганда 8—12 кунгача узайиши мумкин. Ўлат одатда бирданига бошланади. Эт увишиб, тана ҳарорати 39° гача ва бундан ортиқ кўтарилади. Токсикоз эрта пайдо бўлиб, тезда зўрайиб боради. Қаттиқ бош оғриғи кузатилиб, бутун аъзои бадан қақшаб оғрийди, кўнгил айнийди, бемор қайт қилади. Эс-ҳуш издан чиқади, бемор алаҳлайди.

Бемор аввалига қўзғалган, юзи ва конъюнктивалари қизарган, тил йўғонлашган, оқ караш билан қопланган бўлади. Қон айланиши кескин бузилади, тез-тез томир уради (минутига 120—140 ва ундан кўпроқ), юрак тонлари бўғиқ, артериал босим пасаяди. Умумий аҳвол оғир бўлади. Бубонли турда касалликнинг 1—2-кунида лимфаденит (ўлат бубони) ривожланади. Бубон устидаги тери олдин ўзгармаган бўлса-да, кейин қип-

қизил, кўкимтир бўлиб қолади, ялтирайди, ёнида геморрагик суюқлиги бўлган иккиламчи пуфакчалар пайдо бўлиши мумкин. Кейинчалик бубон йирингланади ва ёрилиб кетади. Қасаллик енгил кечганда бубон тўла сўрилиб кетиши ёки зичлашиши мумкин. Терибубонли турда терида қонли аралашма билан тўлган, қизил-қўнғир рангли, қаттиқ асосли пустула кўриниб туради. Кейин яра ҳосил бўлиб, унинг туби қорамтир струп билан қопланади. Бубонли тур енгил ўтганда, одатда касалликнинг 6—11-кунидан бошлаб бемор соғая бошлайди.

Асоратлари. Ўлат пневмонияси (иккиламчи ўпка ўлати, ўлат сепсиси), иккиламчи септик ўлат, ўлат менингити, аденофлегмона ва бошқалар. Ўлатга қарши эмланганларда касаллик одатда енгил ўтади. Ўлатнинг ўпка тури ўта оғир заҳарланиш, эрта бошланадиган ва зўрайиб борадиган юрак-томир фаолиятининг издан чиқиши, ўпканинг зарарланиш белгилари (ҳансираш — минутига 40—60 нафас), кўкракдаги кескин оғриқ, қон аралашган, суюқ, кўпиксимон балғам ажраладиган йўтал билан таърифланади. Беморнинг ўта оғир аҳволда бўлиши ва ўпкада нисбатан катта бўлмаган физикал ўзгаришлар (касалликнинг дастлабки 1—2-кунда) мавжудлиги касалликка хосдир. Илгари ўпка ўлати 2—4 кун ичида ўлим билан тугар эди. Ҳозирги вақтда антибиотиклар билан даво қилиш муносабати билан прогноз бирмунча дуруст бўлади. Септик ўлат учун геморрагик ҳодисалар (териға ва шиллиқ пардаларга қон қўйилиши, қон аралаш қушиш, қон кетиши), ифодаланган оғир сепсис манзараси хосдир. Қасалликка даво қилинмаса ўлим билан тугайди.

Ташҳиси. Эпидемиологик ва клиник маълумотларга асосланади. Ташҳис албатта лаборатория текширувлари билан тасдиқланади. Бубон суюқлиги (пунктат), яралар, қон, балғам, мурда аъзолари бўлакчалари текшириш материаллари бўлиб хизмат қилади. Материал бактериоскопияси ўтказилиб, унга асосланиб олдиндан хулоса чиқарилади ва яқунловчи жавоб одатда текширув бошлангандан кейин камида 5—7 кунда олинади.

Дифференциал ташҳис. Туляремия, куйдирги, пневмония, тошмали терлама билан ўтказилади.

Давоси. Даволашнинг асосий қоидалари антибактериал, патогенетик ва симптоматик давони комплекс қўллашни кўзда тутаяди. Антибиотиклар ўлатга даво қилиш учун кенг кўламда қўлланади. Стрептомицин қаторидаги препаратлар клиник амалиётда энг синал-

ган препаратлар ҳисобланади. Бубон турида стрептомициннинг бир суткалик бошланғич миқдори 1000 000—1500000 ТБ ни ташкил этиб, уни кейинчалик 500000—750000 ТБ дан ҳар 6 соатдан кейин 7 кун ичида юбориб турилади. Даво тамом бўлгач, 2—4—6 кундан сўнг бубондан олинган пунктатни албатта уч марта бактериологик текшириш зарур. Ўлатнинг ўпка ва септик турларида стрептомициннинг суткалик миқдори 4000000—45000 000 ТБ гача, бир марталигини 1000000 ТБ гача оширилади. Препарат ҳар 6 соатдан кейин 7—10 кун мобайнида тайинланади. Даво тугаганидан кейин ҳалқумдан балғам ва шиллиқни олиб, бактериологик текширилади. Антибиотикларни парентерал юбориш билан бир қаторда уларни аэрозоль ҳолида 250000—500000 ТБ дан кунига 3—4 маҳал қўллаш ҳам тавсия этилади. Ўлатга учраган беморларга бир йўла иккита антибиотикни ёки антибиотикларни сульфаниламидлар билан бирга қўллаб комплекс даволаш буюрилади. Сульфаниламид препаратлари 4 соат ўтказиб 1—1,5 г дан тайинланади. Витамин бериб даволаш, дезинтоксикацион ва умумқуватловчи юрак воситалари, геморрагик ҳодисаларда эса викасол бериш кўрсатилган. Юрак препаратларидан эфедрин, кордиамин, камфора, кофеин, адреналин, строфантин тайинланади.

Токсикозда дезинтоксикацион воситалар (гемодез, 5% глюкоза, Рингер эритмаси, реополиглюкин ва бошқалар) қўлланади. Ўлатга қарши махсус гаммаглобулин буюрилади. Касалликнинг бубон ва тери турларида маҳаллий тарзда симобли олтингугурт ёки ихтиол суртма дорили компресслардан фойдаланилади. Зарур бўлганда жарроҳлик давоси кўрсатилган.

Ўлат билан оғриган беморлар яхшилаб парваришга ва тўйимли овқатга муҳтож бўлишади. Ўлатнинг бубонли турини бошдан кечирганлар касалликнинг барча симптомлари йўқолиб кетганидан кейин 10—12 кун ўтгач, шифохонадан чиқариб юборилади. Рековалесцентлар фақат кўп марталик манфий бактериологик текширувлардан кейингина ўша муддатларда чиқарилади.

Профилактикаси. Профилактика усули муайян система бўйича тузилиб, қуйидагиларни кўзда тутати: а) табиий ўчоқларда одамлар касал бўлиб қолмасликлари ва касаллик авж олиб кетмаслигининг олдини олиш; б) зарарланган ёки ўлат билан зарарланган деб гумон қилинган материал билан ишловчи шахсларнинг касаллик юқтириб қолишларига йўл қўймаслик; в)

ўлатнинг чет элдан мамлакатимизга олиб келинишига йўл қўймаслик.

Профилактика махсус кўрсатмаларга биноан амалга оширилади. Ўлат касаллигига шубҳа қилинганда, бемор аниқланган жамоа, қишлоқ, шаҳар ва ҳоказоларда карантин ўрнатилади. Беморлар ва улар билан алоқада бўлган барча кишилар ажратиб қўйилади. Стрептомицин билан махсус ошиғич профилактика ўтказилади. Карантин чора-тадбирларининг барча комплекси қатъиян амалга оширилади. Ўлатни махсус профилактика қилиш учун ўлат микробининг Е штаммидан тайёрланган ўлатга қарши вакцина ишлатилади. Беморларга хизмат қилувчи тиббиёт ходимлари ўлатга қарши кийимларда ишлаб, иш тамом бўлгандан кейин тўла санитария ишловидан ўтишади. Ходимлар устидан пухта тиббий кузатув олиб борилади.

Инфекциянинг чет элдан олиб келинишига йўл қўймасликка қаратилган чора-тадбирлар махсус «Халқаро санитария эмлашлари» да кўзда тутилган бўлиб, уларга: порт шаҳарларидан ўтадиган юк, багаж ва транспорт воситаларини санитария нуқтаи назаридан албатта кўздан кечириш, йўловчиларни тиббий текширувдан ўтказиш, ўлат билан оғриган беморларни ва шу касаллик бор деб шубҳа қилинганларни аниқлаш ва ажратиш, ўлат касаллиги тарқаган зоналардан келувчи шахслар устидан врачлик кузатуви ўрнатиш, шунингдек, транспорт воситаларини дератизация, дезинфекция ва дезинсекция қилиш каби чоралар киритилган.

БОЛАЛАР ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЎЗИГА ХОС ТАШХИСИ

Экзантема синдроми билан кечадиган касалликларга эрта ташхис қўйиш

Экзантема синдроми кўпгина юқумли касалликларда учраб туради ва кўпинча дифференциал ташхис қўйиш учун ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади. Бу синдром этиологиясини тўғри аниқлашда қуйидагиларни назарда тутиш лозим:

1) беморнинг ёши ва аввал ўтказган юқумли касалликлар;

2) профилактик эмлашлар;

3) тошма тошиш муддати, унинг динамикаси ва айрим элементлари;

- 4) тошманинг тузилиши;
- 5) тошма ривожланаётган муҳит;
- 6) аллергологик анамнез ва олинган даво;
- 7) тошманинг жойлашиши ва айрим элементларнинг ранги;
- 8) юза шиллиқ пардаларининг кўриниши;
- 9) тошма ўзгариши билан бемор умумий аҳволининг ўзгариши;
- 10) қорин бўшлиғидаги паренхиматоз аъзолар ва лимфатик безларнинг ҳолати;
- 11) барча объектив ва субъектив ҳолларнинг комплекс баҳоси.

ҚИЗАМИҚ

Факультатив симптомлар	Асосий (белгиловчи) симптомлар
1. Касалликнинг ўткир бошланиши Юқори нафас йўлларида ва шиллиқ пардалардаги катарал ҳолатлар 2. Заҳарланишнинг секин-аста кучайиши: йўтал, тана ҳароратининг кўтарилиши. 3. Еруғликка қарай олмаслик, блефарит, склерит 4. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг яллиғланиши (энантема) 5. Филатов-Бельский-Коплик доғлари 6. Касалликнинг 3—4- кунда доғли папулэз тошманинг пайдо бўлиши 7. Қизамиқ билан оғриган бемор билан мулоқатда бўлиш эҳтимоли	1. Катарал ҳолат (юқори нафас йўллари ва конъюнктиванинг яллиғланиши) заҳарланиш симптомларининг кучайишига олиб келади. 2. Конъюнктивит, ёруғликка қарай олмаслик 3. Катарал даврда Филатов-Бельский-Коплик доғлари 4. Ўзгармаган тери фонида доғли папулэз, бир-бири билан туташ тошманинг босқичли ривожланиши

Беморни касалхонага ётқизишдан олдинги давридаги тадбирлар

1. СЭС га ишилинч хабар берилади.
2. Уйда ва стационарда бемор атрофдагилардан ажратиб қўйилади.
3. Касалхонага хасталикнинг оғир тури билан оғриган, бир ёшгача бўлган болалар эпидемиологик кўрсатмалар бўйича ётқизилади.
4. Давоси: оғиз бўшлиғи, кўз ва бурунни озода сақлаш лозим. Тана ҳарорати кўтарилганда иситма туширувчи дорилар (анальгин, амидопирин ва бошқалар) қўлланади.

ҚИЗИЛЧА

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Касаллик ўткир бошланиб, ўртамиёна заҳарланиш билан кечади 2. Ўртача конъюнктивит билан юқори нафас йўллариининг яллиғланиши кузатилади 3. Касалликнинг биринчи кундан бошлаб, қўл ва оёқларнинг устки томонида майда доғсимон, бир-бири билан қўшилмайдиган тошма пайдо бўлади	1. Майда, доғсимон тошма асосан қўл ва оёқнинг устки томонида пайдо бўлади 2. Бўйин, энса микрополиаденити 3. Қонда ўзгариш пайдо бўлади

4. Бўйин орқа томонидаги, энса ва кубитал лимфа безларидаги микрополилимфаденит

5. Қонда лейкоцитлар камайиши, лимфоцитларнинг ошиши, плазматик ҳужайралар кўпайиши

6. ГАТР да антителолар титри 4 ба-
равар ошади

4. Серологик текширишлар натижаси касалликнинг биринчи ва 7—8- кунларида аниқланади

Беморни касалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. СЭС га шошилиш хабарнома берилади.

2. Уйда бемор атрофидагилардан ажратиб қўйилади. Касалхона-
га ёпиқ типдаги болалар муассасаларидаги тарбияланувчилар, касал-
лик асоратланган ва ташхис ноаниқ бўлган ҳолларда ётқизилади.

3. Тана ҳарорати кўтарилганда анальгин, амидопирин буюри-
лади.

СКАРЛАТИНА

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Касаллик ўткир бошланади. Бош оғриғи, ютинганда томоғда оғриқ кузатилади	1. Турли даражадаги заҳарланиш билан касаллик ўткир бошланади
2. Тана ҳароратининг кўтарилиши, қусиш эҳтимоли бор	2. Томоқ шиллиқ пардасининг яллиғланиши
3. Гиперемияланган фонда майда нуқтасимон тошма бир вақтда 1—2-кунлари пайдо бўлади. Тошма айниқ-са қўлтиқ остида, сонда, белда кўп бўлади	3. Гиперемияланган — қизарган фонда майда нуқтасимон тошма, оқарган оғиз-бурун учбурчаги турли даражада оқ дермографизм билан намоён бўлади
4. Томоқ шиллиқ пардасининг эрта ўзгариши: катарал, фолликуляр, лакунар, гоҳида некротик ангина ривожланади	
5. Оқ дермографизм	
6. Олдинги юқори бўйин лимфа тугунлари қаттиқлашиб оғрийди	
7. Касалликнинг 3—4- кундан бошлаб тил қип-қизил тусга киради	
8. Тахикардия, артериал босим бирмунча кўтарилади	

Касалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. СЭС га шошилиш хабарнома берилади.

2. Касалхонада ва уйда касални атрофдагилардан ажратиб қўйилади (клиник ва эпидемиологик кўрсатмалар бўйича).

3. Оғиз бўшлиғини парваришлаб озода тутилади.
4. Пенициллин қаторидеги антибиотиклар: эритромицин ва бош-қалар, аллергияга қарши даво кўрилади.

КУП ТУРЛИ ЭКССУДАТИВ ЭРИТЕМА

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Ўхшаш тошма қайталанади 2. Ўткир бошланади 3. Тана ҳарорати кўтарилади 4. Қасалликнинг 4—5- кун и тошма пайдо бўлади ва кейинги 2—5 кунда яна тошиб туради 5. Бош оғриши, мушакларда ва бўғимларда оғриқ пайдо бўлади 6. Тошма турли кўринишда бўлади: доғсимон, папуласимон, қўшилиб, ёйилиб кетувчи, айрим папулалар марказида экссудат бўлади. Тошма айниқса қўл ва оёқда кўп бўлади. 7. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида ҳам тошма тошиши мумкин	1. Тана ҳарорати баланд кўтарилади 2. Инфильтрацияланган терида ўртаси ялтираган доғсимон папулёр тошма аниқланади 3. Асосан қўл ва оёқлар шикастланади

Қасалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. Қасалликнинг оғир кечиши қасалхонага ётқизишга кўрсатма бўлади.
2. Қўйидаги маслаҳатлар берилади: тана ҳароратини пасайтирувчи, аллергияга қарши дори воситалари.
3. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати зарарланганда уни калий перманганати эритмаси билан чайиш ва кислородга бойитиш лозим.

СУВЧЕЧАК

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Қасаллик ўткир бошланиб, бемор умумий аҳволи қониқарли бўлади 2. Тошма бутун баданга тарқалади ва бошнинг сочли қисмида бир-иккита элементдан тортиб, кўп ҳам тошиши мумкин, 3—5 кун ичида тошма қуриydi 3. Биринчи 3—5 кун давомида турли тузилишдаги тошма пайдо бўлади	1. Везикулёр-пуфакчали тошма пайдо бўлади (элементлари бир хонали) 2. Қасалнинг умумий аҳволи қониқарли бўлиб, сувчечак элементлари 3—5 кун давомида тошиб туради 3. Тери устида турли тузилишдаги тошмалар бир вақт-

Касаллик давомида ҳар бир элемент ўзгаради (доғ, тугунча, пуфакча, қора қўтир), тери устида бир пайтда турли тузилишдаги элементни кўриш мумкин

4. Тошма конъюнктивитда, қаттиқ ва юмшоқ танглайда, милкларда, тилда, лунжнинг шиллиқ қаватида, ҳалқумда, бурун бўшлиғида, ҳиқилдоқда ҳам аниқланади

да пайдо бўлади (доғ, тугунча, пуфакча, қора қўтир)

Касалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. СЭС га шошилиш хабарнома берилади.

2. Уй шароитида беморни атрофдагилардан ажратиб қўйиб, даволаш ёки клиник эпидемислогик вазиятни ҳисобга олиб касалхонага ётқизиш лозим.

3. Тошма элементларини 1% ли метилен кўки, 1% ли бриллиант кўки, 5% ли калий перманганат эритмаси билан артиш лозим.

4. Симптоматик тадбирлар кўрилади.

КУКИУТАЛ

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Касаллик секин-аста бошланади	1. Касаллик аста-секин циклик равишда бошланади
2. Кўкйўтал билан касалланган бемор билан суҳбат ўтказилади	2. Қатарал даврда умумий аҳвол деярли ўзгармайди, тумов кузатилади
3. АҚДС вакцинаси билан эмланганликнинг аҳамияти катта	3. Спазматик даврида хуружсимон спазматик йўтал тутади
4. Куз-қиш мавсумийликка эга	4. Хуружсимон йўтал даврида беморнинг юзи қизаради, бўйин томирлари бўртиб чиқади, кўзи ёшланиб, қон қуйилади
5. Қуруқ йўтал аста-секин хуружсимон йўталга айланади	5. Пароксизм пайтида ноэ кузатилади
6. Хуружлар оралиғида беморнинг умумий аҳволи яхши бўлади	6. Қонда ўзгаришлар, лейкоцитоз ($15 \times 10^9 - 40 \times 10^9$ г/л), моноцитоз (60—80%), ЭЧТ нормада ёки озмунча пасайган
7. Юз, қовоқлар шишиши, тери остига қон қуйилиши ва тил тагида ярача пайдо бўлиши кузатилади	
8. Бактериологик ва серологик текширувлар натижаси ҳам ҳал қилувчи аҳамиятга эга	

Қасалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. СЭС га шошилиш хабарнома берилади.
2. Қасалхонага 1 ёшгача бўлган болалар ва оғир беморлар ётқизилади.
3. Антибиотикларни барвақт қўллаш муҳим аҳамиятга эга (левомицетин, эритромицин, пенициллин, симптоматик терапия).

ЭПИД ПАРОТИТ — ТЕПКИ

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Қасаллик ўткир, тана ҳарорати кўтарилиши билан бошланади 2. Тепки билан касалланган бемор билан суҳбат ўтказиш аҳамиятга эгадир. 3. Қасаллик фақат безлар, марказий асаб системасининг алоҳида зарарланиши, марказий асаб системасининг маълум бир без билан биргаликда зарарланиши кўринишида кечиши мумкин 4. Қонда лейкопения ва лимфоцитоз, ЭЧТ бир оз кўтарилади (15—20 мм/соат).	1. Қасаллик безлар шикастланиши билан кечадиган кўринишда кечади: сўлак безлари, қулоқ олди безлари, меъда, тухумдонлар, кўкрак безлари шикастланади 2. Куз-қиш мавсумийликка эга 3. Марказий асаб системаси шикастланиши билан кечадиган кўринишда менингит, менингоэнцефалитлар кузатилади 4. Бир вақтнинг ўзида ҳам марказий асаб системаси, ҳам безли аъзолар шикастланишида: серозменингит-тепки, менингоэнцефалит-панкреатит кузатилади

Қасалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. СЭС га шошилиш хабарнома берилади.
2. Қасалхонага кўрсатма бўйича ётқизилади.
3. Симптоматик терапия тайинланади.

СҚАРЛАТИНАСИМОН СИНДРОМЛИ СТАФИЛОКОКК ИНФЕКЦИЯСИ

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Заҳарланиш симптомлари ажралиб туради: тана ҳарорати баланд бўлади, лоҳаслик, ҳолсизланиш кузатилади	1. Қасалликнинг 4—5-куни стафилококк инфекцияси чақирган яллиғланиш ўчоғида майда нуқтали ва доғсимон тошмалар пайдо бўлади

2. Касалликнинг 4—5- кунн стафи-
лококк инфекцияси чақирган ял-
лиғланган жойда, қизарган терида
майда нуқтачалар ва доғсимон
тошма пайдо бўлади
3. Томоқнинг шиллиқ қаватида
тарқоқ яллиғланиш, лакунар ёки
фолликуляр ангина ривожланиши
мумкин
4. Тил караш боғлаб, 3—4- кунн
тозаланади ва тил сўрғичлари
бўртиб туради
5. Тошма тошган кўпгина жойлар-
да пўст ташлаш қатлам-қатламли
бўлади

2. Заҳарланиш симптомлари ай-
ниқса ажралиб туради, тана
ҳарорати узоқ вақтгача баланд
бўлади

3. Заҳарланиш симптомлари-
нинг пайдо бўлаётган тошмага
алоқаси йўқ, яъни параллел
эмас

Касалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. Бемор клиник кўрсатма бўйича касалхонага ётқизилади.
2. Патогенези — ривожланиш механизми ва этиологиясига қараб
даволанади.

ТОШМАЛИ ЭНТЕРОВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Касаллик ўткир бошланади. Та- на ҳарорати юқори кўтарилади, бош эгриғи, мушакларда оғриқ, юқори нафас йўллари яллиғлани- ши, меъда-ичак функцияси зарар- ланиши мумкин 2. Касалликнинг 1—2- кунн бирда- нига доғсимон ёки доғсимон папу- лёз тошма ўзгармаган тери қопла- мида пайдо бўлади. Тошма 1—2 кун давомида тарқоқ ҳолда кўри- ниб туради 3. Оғиз бўшлиғининг шиллиқ қа- ватида энантема: пуфакча пайдо бўлиши мумкин, шиллиқ қават доғсимон кўринишда бўлади 4. Бўйиндаги лимфа безлари кат- талашади. 5. Қораталоқ катталашади.	1. Скарлатинасимон ёки майда доғли тошма тери қоплами ўз- гармаган ҳолда пайдо бўлади ва тарқоқ жойлашади 2. Бошқа аъзо ва системалар ҳам шикастланади: герпетик ангина, мушакларда оғриқ, гас- троэнтерит, серозли менингит манзараси кузатилади 3. Касаллик енгил кечади, асо- сий симптомлар тезда йўқола- ди ва бемор тузалади

Касалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. Бемор уйда ва касалхонада атрофдагилардан ажратиб қўйи-
лади.
2. Симптомик ва патогенетик даволанади.

ПОЛИОМИЕЛИТ

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Асосан 7 ёшгача бўлган болаларда учрайди 2. Полиомиелит билан касалланган беморлар — вирус ташувчилар билан мулоқат аҳамиятга эгадир 3. Полиомиелитга қарши тўла эмланганлигига эътибор бериш керак 4. Тана ҳарорати кўтарилади 5. Касаллик ўткир бошланади 6. Заҳарланиш белгилари, вегетатив бузилишлар, менингеал симптомлар кузатилади 7. Орқа мия суюқлигида ҳужайра-оқсилли диссоциация фалаж даврида оқсил-ҳужайрали диссоциация билан алмашинади	1. Касаллик ўткир, тумов, бош оғриғи, юқори ҳарорат, қорин оғриғи билан бошланади 2. Фалаждан олдинги даврда тананинг ҳар хил жойларида, умуртқа поғонасида кучли оғриқ «бўйин», «уч оёқ» симптоми кузатилади 3. Менингеал симптомлар: Керинг-Брудзинский, қўл ва оёқда қалтирашлар бўлиши мумкин 4. Фалаж даврида асосан оёқ, баъзида эса қўл, бўйин мушакларининг фалаж ривожланади 5. Серологик реакцияларда полиомиелит антителоларининг 4 маротаба ортиши қайд этилади

Касалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. СЭС га шошилиш хабар берилади.
2. Беморни касалхонанинг бокс бўлимига тезда ётқизиш керак.
3. Симптоматик терапия қўлланади.

СОХТА СИЛ (ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗ)

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Касаллик ўткир бошланиб, заҳарланиш белгилари яққол кўришиб туради 2. Юқори нафас йўллари яллиғланади, конъюнктивит, кўз шиллиқ қаватининг қон томирлари зўриқадди, йўтал ва тумов пайдо бўлади 3. Томоқ шиллиқ қаватида бодомча безлари яллиғланади, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати шишади, тил караш боғлайди, ютинганда оғриқ пайдо бўлади	1. Тана ҳарорати узоқ вақтгача кўтарилиб туради (10—12 кун) 2. Касалликнинг 3—4-куни ўзига хос жойларда тошма пайдо бўлади 3. Қоринда, мушакларда оғриқ пайдо бўлади, диспепсик ўзгаришлар, жигар ва қораталокнинг катталашиши кузатилади

4. Касалликининг 4—5- кунни нуқта-симон, доғсимон папулёз тошма бирданига пайдо бўлади. Тошма танада, қўл ва оёқда, кўпинча симметрик жойлашади («қўлқоп ва пайпоқ» синдроми)
Тошма кўкимтир рангда бўлади, бўғимлар атрофига жойлашади. Тошма тошгандан 3—7 кун ўтгандан кейин тери пўст ташлайди
5. Қоринда оғриқ, ич келиши бузилади

Касалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. Касаллик оғир кечса, бемор касалхонага ётқизилади ёки уйда атрофдагилардан ажратиб қўйилади.
2. Левомецетин ва симптоматик дори-дармонлар тайинланади.

АЛЛЕРГИК ТОШМА

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Анамнезда кўрсатилиши бўйича тошма бирон-бир овқатдан, дори-дармондан ёки бошқа аллерген истеъмол қилингандан сўнг пайдо бўлади 2. Тошма полиморф ҳолда кўпинча эшакеми характерида бўлиб, тери қичишади. Тошма ўзгармаган тери қопламида симметрик ҳолатда жойлашиб, тарқалмасдан бирданига пайдо бўлади ва тарқалмаган шиш пайдо бўлади 3. Беморнинг умумий аҳволи кўп жиҳатдан аллергия қандай ривожланишига боғлиқ бўлади	1. Бемор турли хил дори-дармонларга ва озиқ-овқатларга ўта сезгир бўлиб қолишини назарда тутмоқ лозим. Аллергенларни аниқлаш эҳтимоли бор 2. Тошма полиморф ҳолда бўлади. Аллергияга қарши даволаш бошлангандан сўнг тошмалар тезда йўқолади 3. Шиллиқ қаватлар деярли ҳеч қачон шикастланмайди

Беморни касалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. Организмга аллерген тушишини тўхтатиш лозим.
2. Аллергияга қарши дори-дармонлар тайинлаш керак.
3. Меъда ва ичакларни ювиб тозалаш зарур.
4. Касалхонага кўрсатмалар бўлса ётқизиш даркор.

МЕНИНГИТ СИНДРОМИ БИЛАН КЕЧАДИГАН КАСАЛЛИКЛАРНИ БАРВАҚТ АНИҚЛАШ

Кўпинча юқумли касалликлар марказий асаб системасини шикастлайди ва менингит синдромини юзага келтиради. Бу синдромга тўғри этиологик баҳо бериш ва тахминий, асосий ташхис қўйиш учун қуйидагиларни назарда тутмоқ лозим:

- 1) касалланиш вақти;
- 2) аллергия анамнез;
- 3) бундан олдинги бўлиб ўтган касалликлар;
- 4) қўлланилган дори-дармонлар ва уларнинг фойдаси;
- 5) эпидемиологик анамнез;
- 6) касаллиқнинг ўткир бошланиши;
- 7) бош оғриши ва оғриқнинг жойлашиши;
- 8) қайт қилиш сони ва сабаблари;
- 9) беморнинг ўринда ётиш вазияти;
- 10) ўта сезгирлик хусусиятлари (ёруғликка қарай олмаслик, тактиль эшитиш ва бошқалар);
- 11) болалар бошидаги катта лиқилдоқнинг аҳволи (бўртиб ёки пучайиб туриши, пульсацияси);
- 12) шайтонлаб қолиш (унинг давом этиш даври ва характери);
- 13) асосий менингеал симптомлар, энса мушакларининг тортишиши; (Кернинг — Брудзинский симптомлари ва бошқалар);
- 14) рефлекслар ҳолати;
- 15) бош мия нервлари (айниқса кўз томондан);
- 16) йирингли яллиғланиш жойларининг борлиги.

МЕНИНГОКОККЛИ МЕНИНГИТ

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Касаллик ўткир бошланади 2. Тана ҳарорати 39—40 °C даражача кўтарилади бир-икки ойлик чақалоқларда иситма бир озгина кўтарилади (37 °C) 3. Бош оғриғи 4. Қайта-қайта қусиш овқат истеъмол қилиш билан боғлиқ эмас, беморнинг аҳволи қусиш натижа-сида енгилашмайди 5. Бездовталик ва ўта сезгирлик ривожланади 6. Шайтонлаш 7. Менингеал симптомлар (энса мушакларининг регидлиги, Кернинг ва Брудзинский симптомла-ри), менингеал вазият 8. Учоқли симптомлар (кўпинча ёш болаларда), бош мия нервла-рининг шикастланиши 9. Эмадиган болаларда лиқилдоқ-нинг таранглиги ва бўртиб чиқи-ши, осилиш симптоми, ўтириш симптоми, қўлларнинг қалтираши 10. Орқа мия люмбал пункцияда ликвор юқори босим билан тез-тез томчилаб тушади ва лойқа кўри-нишида бўлади	1. Касаллик ўткир бошланади 2. Тана ҳарорати баланд кўта-рилади 3. Қайта-қайта қусиш 4. Бош оғриғи

Касалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. СЭС га шошилиш хабарнома юборилади.
2. Тезлик билан касалхонага ётқизилади.
3. Иситма туширувчи дорилар берилади.
4. Шайтонлашга қарши кураш олиб борилади.
5. Пенициллин тайинланади.

МЕНИНГОКОККЕМИЯЛИ МЕНИНГИТ

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Менингит симптомлари (юқорига қаранг) 2. Заҳарланиш симптомлари айниқса ажралиб туради 3. Геморрагик тошма — некротик юлдузчаларга ўхшаш тошмалар энг кўп думба, сон, болдирда жойлашади. Аксарият геморрагик тошма розеола ёки розеола-папулалар тошма билан бирга учрайди 4. Артритлар, бурситлар 5. Тахикардия 6. Қон босими пасаяди	1. Менингит (юқорига қаранг) 2. Юлдузчаларга ўхшаш геморрагик тошма 3. Артритлар

МЕНИНГОКОКК ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ИНФЕКЦИОН ТОКСИК ШОК

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Жуда ўткир, шиддатли бошланади ва жадаллик билан кечади. Эт жунжикиб, иситма 40 °C га етади 2. Бош оғриғи қайд этилади 3. Кўпинча қон қусиш аниқланади 4. Безовталиқ, шайтонлаш кузатилади 5. Цианоз қайд этилади 6. Касаллик бошланишидан бир неча соат сўнг кўп геморрагик неврозли тошмалар пайдо бўлади 7. Менингеал синдромлар бўлиши мумкин 8. Сутканинг охирига бориб, тана ҳарорати кескин пасайиб, субфебрил бўлиши мумкин	1. Ўткир ва жадаллик билан бошланади. Иситма 40 °C га етади 2. Жуда кўп ва барвақт геморрагик ва невротик тошма пайдо бўлади 3. Цианоз 4. Тахикардия, ипсимон пульс, қон босимининг пасайиб кетиши кузатилади

9. Юрак уриш товуши бўғиқланади, тахикардия, пульс ипсиммон бўлиб қолади, қон босими камайиб кетади
10. Ҳансираш, олигурия қайд этилади
11. Гипотония кузатилади

Қасалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. Тез ёрдам бригадасини чақириш лозим.
2. Айрим тадбирлар ўтказилгандан сўнг, беморни қасалхонага ётқизиш керак: левомицетин, сукцинат (70—100 мм/кг суткалик миқдорининг 1/4 қисми) юборилади, преднизолон (5—8 мг/кг, суткалик миқдорнинг 1/2 қисми) юборилади.

ПНЕВМОКОККЛИ МЕНИНГИТ

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Нафас йўллари яллиғланади 2. Иситма кўтарилади	1. Қасаллик ўткир бошланади 2. Энцефалит симптомлари эрта пайдо бўлади. Ҳушдан кетиш, қўл-оёқ мушакларининг тортишиши, бош мия нервлари шикастланиши парез ва фалажлар кузатилади 3. Менингеал симптомлар аниқланади 4. Пневмония ривожланади
3. Қасаллик ўткир бошланади 4. Менингеал симптомлар барвақт пайдо бўлади 5. Тез ҳушдан кетиш қайд этилади	5. Орқа мияни люмбал пункция қилганда ликвор лойқа бўлиб, нейтрофилли цитоз, суртма бактериоскопик текширилганда граммусбат кокклар аниқланади
6. Кўпинча узоқ давом этувчи оёқ мушакларининг тортишиши 7. Бош мия нервларининг эрта шикастланиши, парез ва фалажлар қайд этилади 8. Беморнинг ранги оқаради, цианоз кузатилади. 9. Ҳансираш нафас аритмияси аниқланади 10. Кўз қорачиғи торайиб, ёруғликка жавобан таъсир сустлашади 11. Клиникада пневмония аниқланади. 12. Орқа мияни люмбал пункция қилганда ликвор лойқа бўлиб,	

нейтрофилли цитоз, суртмани бак-
териоскопияда текширганда грам-
мусбат кокклар аниқланади

Касалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. СЭС га шошилиш хабар берилади.
2. Бемор касалхонага ётқизилади.
3. Кўрсатмалар бўйича иситма туширувчи дорилар буюрилади,
шайтонлашга қарши кураш олиб борилади.

ПФЕЙФЕР-АФАНАСЬЕВ МЕНИНГИТИ

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Қасаллик кўпинча рахит, отит, гайморит, пневмония билан бошланади 2. Қасаллик аста-секин ёки ўткир бошланади 3. Токсикоз кескин намоён бўлиб, кўпинча парентерал диспепсия ҳо- лида кузатилади, натижада цереб- рал гипотензияга олиб келади 4. Менингеал симптомлар аниқ на- моён бўлмайди 5. Ланжлик, безовталиқ қайд эти- лади 6. Талвасалар, қайт қилиш кузати- лади 7. Ҳаракат издан чиқади 8. Орқа миёни люмбал пункция қилганда ликвор лойқа бўлиб, нейтрофилли плесцитоз аниқлана- ди. Бактериоскопия қилганда грамманфий таёқчалар кўринади	1. Токсикоз — заҳарланиш оқи- батида иситма кўтарилади, дис- пептик ҳолатлар кузатилади 2. Менингеал симптомлар қайд этилади 3. Орқа миё пункция қилинади ва флорани аниқлаш учун эки- лади

Касалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. СЭС га зудлик билан хабар берилади.
2. Бемор касалхонага ётқизилади.
3. Кўрсатмалар бўйича: иситма туширувчи дорилар тайинланади
ва шайтонлашга қарши кураш олиб борилади.

СЕРОЗЛИ МЕНИНГИТЛАР

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Қасаллик ўткир бошланади 2. Қасалликнинг биринчи кунлари қайта қусиш қайд этилади	1. Қасаллик ўткир бошланади 2. Иситма кўтарилади

3. Иситма кўтарилади (37—39 °C)
4. Бош оғрийди

5. Менингеал симптомлар озроқ даражада намоён бўлади ёки биргина симптом кузатилиши, кўпинча улар умуман бўлмаслиги ҳам мумкин

6. Сўлак безлари катталашиши мумкин (агар тепки — паротит бўлса). Бошқа безли аъзолар ҳам катталашиши мумкин

7. Энтеровирусли инфекция бўлса, унинг бошқа белгилари ҳам намоён бўлади (герпетик ангина, меъда ичак касалликлари, тошмалар)

8. Орқа мияни люмбал пункция қилганда сууюқлик босим билан оқади

3. Қайт қилиш кузатилади
4. Менингеал симптомлар аниқланади
5. Инфекцияларга хос аниқ симптомлар пайдо бўлади

Қасалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. СЭС га шошилиш хабар юборилади.
2. Бемор қасалхонага ётқизилади.
3. Иситма туширувчи дорилар буюрилади ва шайтонлашга қарши кураш олиб борилади.

БОЛАЛАР ЮҚУМЛИ ҚАСАЛЛИКЛАРИ НАТИЖАСИДА КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН ИККИЛАМЧИ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТЛАР

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Ўткир, айрим ҳолларда тўсатдан бошланади 2. Касалликнинг белгилари 3—8-кун пайдо бўлади 3. Иситма баланд (39 °C) бўлади. 4. Бош оғрийди 5. Бемор қайт қилади, ланж бўлади, кўп ухлайди, кома, қўзғалиш ҳолати кузатилади 6. Шайтонлаш, қўл-оёқ тремори қайд этилади 7. Гипертензия аниқланади 8. Учоқли бузилишлар, геми-ва монопарезлар қайд этилади. Бош миёна нервлари шикастланади, пирамида белгилари пайдо бўлади	1. Касаллик ўткир бошланади 2. Эс-ҳуш йўқолиб туради 3. Узоқ давомли ва қайта шайтонлаш кузатилади 4. Учоқли бузилишлар аниқланади

9. Гиперкинезиялар аниқланади
10. Ҳиқичоқ тутади
11. Бемор нафас олиш мароми бузилади
12. Томир уриши билан қон босими ўзгарувчан бўлади
13. Қизил дермографизм кузади

Касалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. СЭС.га шошилиш хабар берилади.
2. Бемор тезлик билан касалхонага ётқизилади.
3. Суткасига 2—3 марталик миқдорда преднизолон буюрилади.
4. Лазикс (0,5—0,1 мл) тайинланади.
5. Шайтонлашга қарши кураш олиб борилади.

АНГИНА СИНДРОМИ БИЛАН УТУВЧИ КАСАЛЛИКЛАРНИ БАРВАҚТ АНИҚЛАШ

Кўпгина касалликлар ангина синдроми билан кечади, уларни бўлма (дифтерия) дан ажрата олиш лозим. Бу синдромнинг этнологиясини тўғри аниқлаш ва тўғри тахминий ташхис қўйиш учун қуйидагиларни назарда тутиш керак.

1. Касалликнинг ўткир бошланиши.
2. Ютинганда оғриқ пайдо бўлиши.
3. Заҳарланиш даражаси, унинг жойланиши, тарқоқлиги, парданинг табиати (фибринли, йирингли детрит), шакли.
4. Тонзилляр лимфатик безларининг катталашиши ва оғриши.
5. Бўйинда шиш пайдо бўлиши, унинг табиати.
6. Паренхиматоз аъзоларнинг ҳолати (жигар, қораталоқ, лимфатик безлар).
7. Профилактик эмлашлар.
8. Эпидемиологик вазият.
9. Барвақт бактериологик ва гематологик текширишлар.

ЛОҚАЛ ТОМОҚ БУЎМАСИ

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Ютинганда бир оз оғриқ сезилади 2. Иситма 38 °C гача кўтарилади. 3. Томоқ шиллиқ қавати қизаради, парда қоплами атрофи кўкимтир тусга киради 4. Парда қатлами зич, қаттиқ бў-	1. Оз миқдорда заҳарланиш кузатилади 2. Танглай бодомча безларида фиброз қоплами пайдо бўлади (оролсимон ва ёйилган), қоплам, лакуналар билан боғланмаган бўлиб, қийинчилик билан олинади 3. Тонзилляр лимфа тугунлари бир оз катталашади 4. Ҳақиқий ташхис қўйиш учун

либ, қийинчилик билан олинади ва қоплам олинганда унинг тағи қонайди

5. Тонзилляр лимфатик тугунлари бир озгина катталашиб, оғрувчан бўлади

дифтериянинг токсиген штаммлари ўсиб чиқиши лозим

ТОМОҚНИНГ ТОКСИК БУҒМАСИ

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Касаллик ўткир бошланади, заҳарланиш симптомлари яққол намоён бўлади, ҳарорат баланд кўтарилади, тери қопламлари кескин оқариб кетади, ланжлик, анорексия, қайт қилиш кузатилади	1. Заҳарланиш яққол намоён бўлади
2. Томоқ шиллиқ қопламида кул ранг, кўчмайдиган қоплам аниқланади	2. Томоқ шиллиқ қопламида фиброз қоплам пайдо бўлиб, танглай бодомча безларидан ташқарига тарқалади
3. Томоқ шиллиқ қоплами шишадди	3. Бўйинда турли даражада шиш пайдо бўлади, шиш оғримайди, тери қоплами ўзгармайди
4. Томоқ шиллиқ қоплами қизаради	4. Томоқ ва бурундан олинган суртмада дифтерия тасдиқланади
5. Нафас олиш қийинлашади	
6. Тонзилляр лимфа безларининг катталашиши, бўйин тери ости қопламида шиш қайд этилади	
7. Оғиздан ширин маза, ҳид келади.	
8. Буйрак усти безлари, периферик асаб системаси, юрак ва буйрак эрта шикастланади	
9. Эпидемиологик вазият кузатилади.	

Касалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. СЭС га шошилиш хабар юборилади.
2. Бемор албатта ва тезлик билан касалхонага ётқизилади.
3. Томоқ ва бурундан дифтерияга суртма олинади.
4. Хабарномада контактлар ва клиник ҳолатлар кўрсатилади.
5. Бемор уйда қолган ҳолда, аллергия анамнези назарга олган ҳолда дифтерияга қарши зардоб юборилади. Симптоматик даво ўтказилади.

ФОЛЛИКУЛЯР АНГИНА

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. 1—3 кун давомида иситма кўтарилади, бош оғрийди, бемор қайт қилади 2. Ютинганда оғриқ аниқ сезиладди 3. Томоқ шиллиқ пардаси қизаради 4. Бодомча безлари шишади. 5. Шиллиқ қават тагидан йиринглаган фолликулалар сарғиш оқ доғлар сифатида кўринади 6. Тонзилляр лимфа тугунлари оғрувчан бўлади 7. Қасалликка асосан беморнинг узоқ муддат совуқда қолиб кетиши сабаб бўлади	1. Кучли заҳарланиш аниқланади 2. Танглай бодомчаларида йиринги фолликулалар кўринади. 3. Ютилганда томоғда кучли оғриқ сезилади 4. Тонзилляр лимфа тугунлари катталашиб, оғрувчан бўлади 5. Томоқдан олинган суртмада дифтерия таёқчалари аниқланмайди

ЛАКУНАР АНГИНА

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Юқори тана ҳарорати, бош оғриши, титраш кузатилади 2. Бодомчаларда лакуналар билан боғланган, осонлик билан олинандиган, оқ, сариқ, яшилсимон қопламлар қайд этилади 3. Томоқ қизаради 4. Тонзилляр лимфа тугунлари катталашади 5. Қасалликка беморнинг узоқ вақт совуқда қолиб кетиши сабаб бўлади	1. Лакуналар йўлида йирингли қоплам бўлади 2. Кучли ифодаланган заҳарланиш белгилари топилади 3. Ютинганда томоқда оғриқ сезилади 4. Қопламлар осонликча олинди 5. Томоқдан олинган суртмада дифтерия таёқчалари аниқланмайди

ВЕНСАН АНГИНАСИ

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Сузмасимон некротик масса билан қопланган чуқурча ҳосил бўлади, устида фибриноз қоплам бўлиши мумкин. Некроз танглай равоқлари ва кичик тилчага тарқалган бўлиб, кўпинча бир томонлама шикастланади 2. Лимфа тугунлари катталашади, қаттиқлашади ва оғрувчан бўлади	1. Томоқ шиллиқ қопламида некротик яра ва ярали парда пайдо бўлади 2. Заҳарланиш жуда суст ривожланади ёки умуман бўлмайди

3. Тана ҳарорати субфебрил бўлади	3. Суртмада урчиқсимон таёқчалар ва спирохеталар аниқланади
4. Ютинганда оғриқ ўртача бўлади	4. Томоқдан олинган суртмада дифтерия топилмайди
5. Оғиздан бадбўй ҳид келади	

ЛЕЙКОЗДА УЧРАЙДИГАН НЕКРОТИК АНГИНА

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Томоқ шиллиқ қопламада некротик жараён икки томонлама бўлиши мумкин, бодомча безларидан ташқарига ҳам тарқалган бўлади	1. Танглай безларида гангреноз парчаланиш белгилари кўринади
2. Томоқ шиллиқ қавати бир озгина қизарган бўлиб, қизарган оғиз бўшлиғининг шиллиқ қавати ва тери қоплами жуда рангсиз бўлади	2. Узоқ вақт иситмалаш
3. Оғиздан ноҳуш ҳид келади	3. Гемограммада ўзгаришлар аниқланади
4. Беморнинг умумий аҳволи оғир	4. Стернал пункция ўтказилди
5. Барча гуруҳдаги лимфа тугунлари катталашади, бўйин лимфа тугунлари оғувчан бўлади	
6. Жигар ва талоқ катталашади	
7. Томоқдан олинган суртмадан дифтерия таёқчалари топилмайди	

ЮҚУМЛИ МОНОНУКЛЕОЗ

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Қасаллик аста-секин бошланади	1. Узоқ давом этувчи иситма кузатилади
2. Бурундан нафас олиш қийинлашади	2. Полиаденит, айниқса бўйин безлари яллиғланади
3. Барча гуруҳдаги лимфа тугунлари, айниқса л/т катталашади, оғувчан бўлмайди	3. Томоқда фибриноз яллиғланиш қайд этилади
4. Томоқдан олинган суртмадан дифтерия таёқчалари топилмайди	4. Гепатолиенал синдром аниқланади
5. Танглай муртаги йирингли ва фибриноз яллиғланади	5. Қонда мононуклеарлар топилади
6. Эпидемиологик вазият ҳисобга олинади	

Қасалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. Бемор клиник-эпидемиологик вазиятга асосланиб қасалхонага ётқизилади.

2. Дифтериягз бурундан ва томоқдан суртма олинади.
3. Томоқда фибриноз яллиғланиш йўқолгунча кундалик кузатув олиб борилади.
4. Антибактериал ва симптоматик терапия ўтказилади.

Диарея (ич кетиши) синдроми билан кечувчи касалликларга барвақт ташхис қўйиш

Диарея, яъни ич кетиши синдроми болаларда жуда кўп касалликларда учрайди. Бу синдромга этиологик ташхис қўйишда қуйидагиларга:

- 1) бемор боланинг ёши;
- 2) юқумли касаллик билан касалланган бемор билан мулоқатда бўлганлиги;
- 3) касалликнинг бирон-бир таом истеъмол қилиш, парҳез бузилиши билан боғлиқлиги;
- 4) шу касалликнинг келиб чиқишига боғлиқ бўлган инфекция ўчоғининг бор-йўқлиги;
- 5) овқат тури;
- 6) ич кетишдан олдин қўлланган кимёвий ва антибактериал терапия;
- 7) ахлатнинг ҳолати (ҳажми, суюқ, сувли, ҳазм қилинмаган парчалари бор-йўқлиги, ранги);
- 8) заҳарланиш белгиларининг (иситма, қусиш) кучлилиги ва давомлилиги;
- 9) токсикоз турига эътибор бериш керак.

ДИЗЕНТЕРИЯ (ИЧБУРУҒ)

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Дизентерия билан оғриган бемор билан мулоқатда бўлиш 2. Касаллик ўткир бошланади 3. Заҳарланиш, тана ҳароратининг кўтарилиши (1—2 кун), иштаҳанинг сусайиши, кўнгил айнаши, қусиш (кўпинча бир маротаба) қайд этилади. Оғир турлари — нейротоксикоз синдроми: такрорий қайт қилиш, гемодинамиканинг бузилиши, олигурия 4. Қоринда оғриқ, кўпинча чап ёнбош тарафда, ич келишдан олдин оғриқ кучаяди 5. Сигма тортишади, тенезмлар кузатилади, анус бўшашади 6. Ич суюқ келади, патологик қўшимчалари бўлади 7. Копрограммада — шилимшиқ лейкоцитлар, кўриш майдонида эритроцитлар аниқланади	1. Касаллик шиддатли ўткир бошланади 2. Тана ҳарорати кўтарилади, бемор қайт қилиши мумкин 3. Ботма-бот тортишиб қорин оғрийди 4. Сигма тортишади, тенезмлар бўлади

1. СЭС га шошилиш хабар берилади.
2. Бемор ажратиб қўйилади.
3. Қўрсатмаларни ҳисобга олган ҳолда бемор касалхонага ётқизилади.
4. Даволашдан олдин бактериологик текширувга ахлат олинади.
5. Симптомик терапия (гипертермия, шайтонлашга қарши кураш) ўтказилади.
6. Бемор уйда даволанса: парҳез, антибактериал препаратлар, нитрофуранлар, сульфаниламидлар, аксихимоллинлар, витаминлар тайинланади.

ЭШЕРИХИОЗЛАР

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Колинфекция билан касалланган бемор билан мулоқат 2. Шиддатли ёки аста-секин бошланади 3. Асосан 1 ёшгача бўлган болалар касалланади 4. Заҳарланиш, тана ҳарорати ошиши, иштаҳа камайиши, кекриш, тез-тез қусиш, безовта бўлиш ёки ҳолсизланиш кузатилади. Беморнинг ранг-рўйи синиққан, мушаклар тонуси сустлашган бўлади, гемодинамик ўзгаришлар, олигурия, оғир ҳолатларда буйрак усти безларининг етишмовчилиги ривожланади 5. Сувсизланиш аломатлари пайдо бўлади, вазн камаяди, тери ва шиллиқ пардалар қуруқлашади, сўлак қуюқлашади, тил қурийди, беморнинг юз, чизиқлари ўткирлашади, бошдаги катта лиқилдоқ ичига тушиб кетади	1. Ҳарорат кўтарилади, тез-тез қайт қилиш кузатилади 2. Эксикоз ва токсикоз аломатлари ривожланади 3. Қорин дам бўлади 4. Тез-тез ич кетади. Ахлат суюқ, сувли, кўп ҳажмда, оч яшил рангда, шишасимон шиллиқли бўлади 5. Бактериологик текширувда ЭПКИ аниқланади

Касалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. СЭС га шошилиш хабар берилади.
2. Бемор касалхонага ётқизилади.
3. Ахлатни, қусуқ массаларини бактериологик текширувдан ўтказилади.
4. Ҳар 10—15 дақиқада 10—15 мл дан чой ичириб турилади.
5. Иситма туширувчи дори-дармонлар тайинланади.
6. Касаллик оғир кечганда гормонлар, гликозидлар буюрилади.

САЛЬМОНЕЛЛЕЗ

Меъда-ичак турида қуйидаги симптомлар кўпроқ учрайди.

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Сальмонеллёз билан касалланган бемор билан мулоқат 2. Шиддатли, ўткир бошланади 3. Заҳарланиш кузатилади, тана ҳарорати ошади (5—7 кун), нейротоксикоз, кичик ёшдаги болаларда эса токсикоз кузатилади 4. Ахлат кўп ҳажмда, суюқ, сувсимон, тўқ яшил рангда, шилимшиқ ва қон бўлиши мумкин 5. Жигар ва талоқ катталашади, шилимшиқ лейкоцитлар, эритроцитлар бўлади	1. Шиддатли, ўткир бошланади 2. Ҳарорат кўтарилади, қайт қилиш кузатилади 3. Кўп ҳажмда ич келади. Ахлат ботқоқ рангида, шилимшиқли, унга қон қўшилиши мумкин 4. Жигар, талоқ катталашади 5. Бактериологик текширувда сальмонеллалар ўсиб чиқади 6. Генерализацияланган турларда зотилжам, менингит, отит, сийдик чиқариш йўллари зарарланиши қайд этилади

Касалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. СЭС га шошилиш хабар берилади.
2. Бемор ажратиб қўйилади.
3. Бемор касалхонага ётқизилади.

СТАФИЛОКОКК ЧАҚИРАДИГАН ЭНТЕРОКОЛИТ

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Ўткир ёки аста-секин бошланади 2. Стафилококк билан касалланган она ёки ўзга бемор билан мулоқат (мастит, стафилодермия) 3. Заҳарланган таомлар истеъмол қилинганда ривожланади (творог, сут, қаймоқ) 4. Стафилококк инфекциясининг ўчоғи мавжуд бўлади 5. Ич бузилиши белгилари узоқ давом этади (ич кетиши, ахлатда шилимшиқ, қон) 6. Парентерал йирингли ўчоқлар ҳосил бўлади 7. Қайталашга мойиллик қайд этилади. 8. Токсикоз ва эксикоз ривожланиши мумкин	1. Асосан 6 ойгача бўлган болаларда ривожланади 2. Стафилококк билан касалланган бемор билан мулоқат 3. Стафилококк ўчоғининг мавжудлиги ёки янгисининг пайдо бўлиши 4. Ич кетиши, ахлатда шилимшиқ ва қон қўшимчаларининг пайдо бўлиши кузатилади 5. Ахлат, қусуқ массаларида, парентерал йиринг ўчоғларида стафилококк аниқланади

Касалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. СЭС га шошилиш хабар берилади.
2. Бемор ажратиб қўйилади.
3. Бактериологик текширув (ахлат, қусуқ массалари, йиринг) ўтказилади.
4. Она бактериологик текширувдан ўтказилади, бурун ва томоқдан суртма, она сути, йирингли ўчоқ суюқлиги текширилади.

АЛИМЕНТАР ДИАРЕЯ

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Анамнезда нотўғри овқатлантириш, боланинг ёшига тўғри келмайдиган таом бериш, кўп овқат бериб қўйиш ҳисобга олинади 2. Бир ёшгача бўлган болаларда кўпроқ учрайди 3. Ич кетиш 6—8 мартадан ошмайди, ахлатда тиниқ шилимшиқ, ҳазм бўлмаган овқат бўлаклари топилади 4. Умумий ҳолат ўзгармайди 5. Копрограммада кўп ҳажмда ҳазм бўлмаган клетчатка, нейтрал ёғ, крахмал аниқланади	1. Нотўғри овқатлантириш 2. Бир ёшгача бўлган болаларда кўпроқ учрайди 3. Ахлатда тиниқ шилимшиқ, ҳазм бўлмаган овқат бўлаклари топилади 4. Сув-чой парҳези яхши натижа беради 5. Копрограммада меъда-ичак йўлининг ҳазм қилиш фаолияти бузилмаганлигини кўрсатувчи ўзгаришлар аниқланади

Касалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. Сут-қатиқли парҳез, ёшга мувофиқ овқатлантириш, ферментотерапия белгиланади.

ИЧАК ДИСБАКТЕРИОЗИ

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Узоқ муддат антибиотик қабул қилинади 2. Узоқ муддат давом этувчи, тўхтовсиз, дам-бадам қайталовчи ич кетиши кузатилади. Антибактериал терапиядан бемор яна ҳам оғирлашади 3. Бактериологик ва серологик текширувларда патоген ичак гуру-	1. Антибиотиклардан нотўғри фойдаланиш, вирусли касалликлар, ўткир меъда-ичак касалликлари қайд этилади 2. Ич бузилиши узоқ тўхтовсиз давом этади 3. Ичак микрофлорасининг мувозанати, таркиби ўзгаради лак-

ҳи микроблари ва уларнинг анти-
генлари топилмайдн

4. Копрограммада меъда-ичак йў-
лининг ҳазм қилиш фаолияти бу-
зилганлигини кўрсатувчи ўзгариш-
лар аниқланади

5. Замбуруғли дисбактериозда те-
ри бичилиши, оғиз шиллиқ қавати-
нинг чақа бўлиши кузатилади

тоза, позитив ичак таёқчаси
миқдори камаяди, унинг гемо-
литик штаммлари пайдо бўла-
ди, бифидобактериялар сонн
кескин камаяди ёки умуман йў-
қолади

Касалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. Антибиотик қабул қилиш тўхтатилади.
2. Сут-қатик маҳсулотлари истеъмол қилинади.
3. Витаминотерапия (С, В) буюрилади.
4. Ферментотерапия ўтказилади.
5. Биопрепаратлар (бифидумбактерин, бификол, колибактерин, лактобактерин) тайинланади.

РОТАВИРУСЛИ ГАСТРОЭНТЕРИТ

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Ротавирус юқумли касаллиги билан касалланган бемор ёки вирус ташувчи билан мулоқатда бўлиш лозим 2. Касаллик ўткир, шиддатли бошланади 3. Тана ҳарорати кўтарилади. 4. Ич кетиши, қусиш, қоринда оғриқ кузатилади 5. Томоқ қизариши ва шишиши мумкин 6. Ахлат бактериологик текширилганда дизентерия, сальмонеллез аниқланмайди. 7. Ташхис вирусологик, серологик текширишларга асосланиб қўйилади.	1. Ўткир шиддатли бошланади 2. Тана ҳарорати 37—38 °С га кўтарилади 3. Ахлат суткасига 5—15 мартаба, суюқ, сариқ-яшил, рангда, кўп ҳажмда, кескин ҳидли бўлади 4. Кўп мартаба қайт қилиш аниқланади. Қусуқ массаси суюқ оқ парчалар кўринишида, шиллиқ бўлади 5. Ич келганда бемор ўзини енгил сезади 6. Қоринда, айниқса эпигастрийда ва киндик атрофида оғриқ сезилади

Касалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. СЭС га шошилиш хабар берилади.
2. Бемор атрофдагилардан ажратилади.
3. Сувсизланиш белгилари бўлса, регидратацион терапия ўтказилади.
4. Ферментотерапия буюрилади.
5. Антибиотиклар берилмайди.

ВАБО

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Эпидемиологик вазият 2. Касаллик ўткир, шиддатли бошланади 3. Тана ҳарорати субфебрил бўлади 4. Қайта-қайта ич кетиши 5. Ташналик 6. Сувсизланиш белгиларининг тез ривожланиши қайд этилади 7. Касаллик ёзги-кузги мавсумийликка боғлиқдир	1. Эпидемиологик вазият 2. Касаллик шиддатли бошланади 3. Тез-тез қусиш аниқланади, ич кетиши суткасига 10—15 мартабага етади 4. Сувсизланишнинг изотоник тури ривожланади 5. Ахлат суюқ, рангсиз, кўп ҳажмда, гуруч қайнатмасига ўхшайди 6. Ташналик безовта қилади 7. Бактериологик ва серологик текширувлар натижасида вабо вибриони аниқланади

Касалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. СЭС га шошилиш хабар берилади.
2. Бемор ажратиб қўйилади.
3. Инфекция ўчоғида карантин тадбирлари кўрилади.
4. Беморни дарҳол ихтисослаштирилган касалхонага ётқизилади.

Баъзи бир шартли-патоген флоралар чақирадиган ўткир ичак юқумли касалликлари

Охирги пайтда шартли-патоген бактериялари чақирадиган касалликлар кўпайиб бормоқда. Бунда, асосан антибиотикларнинг кенг қўлланилиши ва шу сабабли ичак биоценозининг бузилиши биринчи даражали аҳамиятга эгадир.

ПРОТЕЙ БАКТЕРИЯЛАРИ ЧАҚИРАДИГАН ИЧАК ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИГИ

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Касаллик юзда кўпроқ аниқланади	1. Узоқ муддат антибиотик қабул қилганда кузатилади

2. Асосан кичик ёшдаги болалар касалланади, узоқ муддат антибиотик қабул қилган болаларда ривожланади

3. Гастрит, гастроэнтерит, энтерит ва энтероколит кўринишида кечади

4. Уткир бошланади. Тана ҳарорати нормал ёки бир оз кўтарилади. Қоринда оғриқ пайдо бўлади

6. Ич кетиши, қусиш, кўнгил айнаши кузатилади

7. Бактериологик ва серологик текширувлар натижаси ҳал қилувчи аҳамиятга эга

2. Уткир бошланади.

3. Тана ҳарорати нормада ёки бир оз кўтарилади

4. Қоринда хуружсимон оғриқ бўлади

5. Ахлат кўп ҳажмда, суюқ, бадбўй ҳидли бўлади

6. Бактериологик ва серологик текширувлар натижаси ҳал қилувчи аҳамиятга эгадир
Антителолар титри 4 мартаба ошади.

ЯШИЛ ЙИРИНГ ТАЁҚЧАЛАРИ ЧАҚИРАДИГАН ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИК

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Яшил йиринг юқумли касаллиги билан касалланган бемор билан мулоқат аҳамиятга эга	1. Аста-секин умумий аҳвол ёмонлашади
2. Асосан янги туғилган чақалоқларда, оғир жарроҳлик операцияларидан кейин, узоқ муддат гормонал терапия қабул қилган беморларда аниқланади	2. Ўртача ифодаланган заҳарланиш билан аста-секин ўсиб боровчи эксикоз асосий симптом ҳисобланади
3. Энтероколит, гастроэнтерит кўринишида кечади	3. Ич 5—20 мартаба суюқ келади. Ахлат бадбўй ҳидли, яшил шилимшиқли, қон аралашган бўлади
4. Касаллик аста-секин, умумий аҳвол ёмонлашуви билан бошланади	4. Тана ҳарорати субфебрил.
5. Тана ҳарорати субфебрил	5. Асфикция, вазн камайиши, қорин дам бўлиши кузатилади
6. Ич кетиши 5—20 мартаба	6. Ичакдан қон кетиши мумкин
7. Ахлат суюқ, бадбўй ҳидли, яшил шилимшиқли бўлади	7. Ташхис ахлат, олинган эмада яшил йиринг таёқчаси ўсиб чиқиши асосида қўйилади

Касалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. СЭС га шошилиш хабар юборилади.

2. Бошқа ичак юқумли касалликларида кўриладиган тадбирлар ўтказилади.

Ўткир респиратор вирусли касалликларига эрта ташхис қўйиш

Касалликка ташхис қўйишда қуйидаги синдромлар йиғиндисини ҳисобга олинади.

1. Эпидемиологик вазият ва йил мавсуми.
2. Касалликнинг ўткир ривожланиши.
3. Заҳарланиш белгилари ёки тумов белгиларининг бирламчи эканлиги.
4. Томоқдаги ўзгаришлар даражаси.
5. Бурун, ҳалқум, кўзнинг зарарланиши.
6. Тери томонидан ўзгаришлар (тошмалар, геморрагиялар).
7. Нафас олиш йўллари томонидан ўзгаришлар.
8. Юрак-томир системасидаги ўзгаришлар.
9. Лимфа тугунларининг ҳолати.
10. Паренхиматоз аъзоларининг ўзгариши.
11. Тумов белгиларининг бемор умумий аҳволининг оғирлиги билан мутаносиб эканлиги.

ГРИПП

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Касаллик ўткир бошланади 2. Тана ҳарорати 39 °C ва ундан юқори бўлади, эт увишади, мушаклар, кўз лўқиллаб оғрийди, кескин дармонсизланиш кузатилади 3. Нейротоксик синдромлардан қаттиқ бош оғриғи, менингит белгилари, токсикоз ва бошқалар аниқланади 4. Кардиоваскуляр синдром — тахикардия ёки брадикардия, томирлар дистонияси 5. Трахеит белгилари аниқланади 6. Юз, бўйин, елка тери қопламида геморрагик тошмалар, бурундан қон кетиши аниқланади	1. Тана ҳарорати кўтарилади 2. Асаб системаси зарарланади 3. Юрак-томир системаси зарарланади 4. Геморрагик синдром қайд этилади 5. Томоқда яллиғланиш белгилари суст намоён бўлади. 6. Трахеит аломатлари кузатилади 7. Заҳарланиш аломатларининг яллиғланиш белгиларидан устунлиги кўрилади 8. Серологик ва вирусологик текширувлар ўтказилади

АДЕНОВИРУС ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИГИ

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Касаллик аста-секин бошланади (ҳарорат аста-секин кўтарилади)	1. Юқори нафас йўлларида яллиғланиш аломатлари яққол кўринади.

2. Заҳарланиш белгилари сусти ривожланади, лоҳаслик, бош оғриғи, иштаҳа пасайиши кузатилади
3. Қуруқ, кейинчалик балғамли йўтал бўлади
4. Конъюнктивит, кўпинча пардалли, склерит аниқланади
4. Полиаденит кузатилади, айниқса олд ва орқа бўйин лимфа тунгунлари яллиғланади
6. Томоқ орқа деворининг шиллиқ қавати зарарланади, фолликулалари шишади
7. Жигар ва талоқ шишади
8. Иккиламчи инфекция барвақт қўшилади (йирингли отит, конъюнктивит, бронхит)

2. Томоқ орқа девори шиллиқ қаватида ўзгаришлар қайд қилинади
3. Ангина аниқланади
4. Қўз зарарланади (пардалли конъюнктивит)
5. Симптомлар аста-секин кучайиб боради (5—7 кун ичида)
6. Полиаденит қайд этилади
7. Тўлқинсимон кечади
8. Вирусологик текширув ўтказилади

ПАРАГРИПП

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Аста-секин бошланади 2. Субфебрил ҳарорат кузатилади. 3. Яллиғланиш белгилари ўртача ифодаланади. Бурун, ҳалқум шиллиқ қавати яллиғланади 4. Нафас олиш аъзолари томонидан ўзгаришлар қайд этилади 5. Умумий заҳарланиш белгилари ўртача ифодаланади	1. Умумий заҳарланиш белгилари ўртача ифодаланади 2. Томоқ қизаради 3. Сероз-шилимшиқ ажратувчиринит кузатилади 4. Бўғма синдроми аниқланади 5. Вирусологик текширув ўтказилади

РЕСПИРАТОР-СИНЦИТИОН ЮҚУМЛИ ҚАСАЛЛИК

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Аста-секин бошланади 2. Субфебрил ҳарорат кузатилади 3. Тез-тез акса уриш, хуружсимон йўтал кузатилади 4. Кам елимсимон суюқлик ажралади, томоқ қизаради 5. Ҳансираш, цианоз, акрацианоз аниқланади	1. Яллиғланиш майда бронхлар, бронхиолалар шиллиқ қаватига тез тарқалади, астматик синдром ривожланади 2. Гипоксия тез ривожланади 3. Қаттиқ йўтал тутади 4. Вирусологик текширув ўтказилади

ЭНТЕРОВИРУС ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИГИ

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Ўткир, шиддатли бошланади 2. Юқори тана ҳарорати 2—7 кун давом этади 3. Нейротоксикоз, бош оғриғи, мушак оғриғи, хуружсимон қорин оғриғи кузатилади 4. Сероз менингит, энцефалит, менингоэнцефалит аниқланади 5. Экзантема — тошмалар доғсимон, папуллёр кўринишида бўлади 6. Полиаденит аниқланади 7. Оғиз шиллиқ қаватида пуфакчали тошма тошади 8. Ёз-кузги мавсумийликка эга	1. Гипертермия қайд этилади 2. Нейротоксикозга олиб келувчи симптомлар тез ривожланади 3. Томоқнинг ўзига хос зарарланиши аниқланади 4. Экзантема: доғсимон папуллёр кўринишида бўлади 5. Жигар ва талоқ катталашади 6. Полиаденит кузатилади 7. Тўлқинсимон кечади

Касалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. СЭС га шошилиш хабар юборилади.
2. Беморни уйда ва касалхонада ажратиб қўйиш керак.
3. Иммуноглобулин тайинланади.
4. Кўрсатмаларга кўра антибиотиклар берилади.
5. Юрак-томир системасига таъсир қилувчи дори-дармонлар берилади.
6. Иситма туширадиган препаратлар, гормонлар буюрилади.

Сариқлик синдроми билан кечувчи касалликлар ташхиси

Сариқлик синдроми фақат юқумли касалликлардагина эмас, балки кўпгина соматик касалликларда ҳам учрайди. Бу эса уларни дифференциаллашни талаб этади.

Сариқ синдромининг этиологик келиб чиқишини тўғри баҳолашда қуйидагиларни ҳисобга олиш зарур.

1. Боланинг ёши.
2. Ҳомиладорлик даврида онанинг соғлиғи.
3. Йрсият (оилавий сариқлик).
4. Она ва боланинг қон гуруҳи.
5. Анамнезда қуйидагиларни ҳисобга олиш керак:
 - а) овқатланиш, оғир жисмоний меҳнатдан кейин ўнг биқинда оғриқ;
 - б) қайталанган сариқлик;
 - в) сариқлик пайдо бўлиши олдидан гепатотроп препаратларни қабул қилиш.
6. Боланинг умумий аҳволи.
7. Сариқликнинг пайдо бўлиш пайти.
8. Сариқликнинг ривожланиш диагностикаси.
9. Умумий аҳволнинг сариқлик даражасига мувофиқлиги.
10. Аллергик асоратлар мавжудлиги (қичишиш, тошмалар, артрит-гя).
11. Жигарнинг (ўнг ва чап бўлмаси) шишиши ва оғрувчанлиги.

12. Талоқнинг катталашиши.
13. Сийдик ранги, уробилин ва сафро пигментларига реакцияси.
14. Ахлат ранги, стеркобилинга реакцияси.
15. Гипербилирубинларнинг даражаси, хусусияти ва динамикаси.
16. Гиперферментемиянинг кўтарилиш даражаси ва динамикаси. (АлАТ АсАТ).
17. Гемограмма хусусияти.
18. НВ — инфекциянинг маркерларини аниқлаш.

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Қиш-кузги мавсумийлик хос 2. Кўпроқ 1 ёшдан катта бўлган болалар касалланади	1. Қасалланишдан 15—45 кун аввал вирусли гепатит билан касалланган бемор билан мулоқат

САРИҚЛИҚ ОЛДИ ДАВРИ

1. 7 кунгача бўлган сариқлик олди даври билан яққол чегараланган бўлиб, касаллик ўткир, шиддатли бошланади 2. Тана ҳарорати кўтарилади 3. Қўнгил айниши, 1—2 маротаба қайт қилиш кузатилади 4. Қоринда, айниқса ўнг биқинда оғриқ сезилади 5. Иштаҳа камаяди 6. Эпигастрийда оғирлик сезилади 7. Ичак йўли дисфункцияси аниқланади 8. Астено-вегетатив ўзгаришлар кузатилади 9. Тумов белгилари қайд этилади 10. Жигар ўткир катталашади 11. Талоқ ўткир катталашади 12. Сийдикнинг ранги барвақт ўзгаради 13. Ахлат аҳолияси кузатилади	1.7 кунгача бўлган сариқлик олди даври билан яққол чегараланган бўлиб, касаллик шиддатли, ўткир бошланади 2. Ўткир ривожланган гепатолиенал синдром 3. Сийдикнинг ранги қизил тусга киради, ахлат аҳолияси ривожланади 4. Сийдикда уробилин ва сафро пигментлари аниқланади
--	--

Сариқлик даври

1. Сариқлик намоён бўлиши билан 1—2 кун аҳвол яхшиланади 2. Турли даражадаги сариқлик кузатилади	1. Кўпчилик беморларда тери ва шиллиқ қаватлар сарғаяди 2. Қон зардобиде асосан билирубиннинг боғланган фракцияси устун бўлади
---	---

3. Бемор қайта-қайта қусиши мумкин

4. Қорин бўшлиғида оғриқ сезилди

5. Жигар ва талоқ катталашади

3. АлАТ нинг фаоллиги АсАТ нинг фаоллигига қараганда бирмунча кўпроқ ошади

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Парентерал аралашувнинг мавжудлигига эътибор бериш керак.	1. Қасалликдан 2—6 ой олдин парентерал аралашувнинг бўлган-бўлмаганлиги ҳисобга олинади
2. Қасаллик мавсумий эмас	2. Инфекция ташувчи бемор билан мулоқат
	3. Кўпинча бир ёшгача бўлган болаларда учрайди

Сариқлик олди даври

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Сариқлик олди даври аста-секин ривожланади ёки умуман бўлмайди	1. Сариқлик олди даври аста-секин ривожланади ёки умуман бўлмайди
2. Тана ҳарорати кўпинча кузатилмайд	2. Аллергик асоратлар кузатилади (тошмалар, артралгия)
3. Қайта-қайта қусиш кузатилади	3. Жигар ўткир катталашади ва оғрийди
4. Артралгия қайд этилади	
5. Турли хил тошмалар бўлиши мумкин	
6. Ўнг қовурға остида оғриқ пайдо бўлади	
7. Жигар ўткир катталашади ва оғрийди	

Сариқлик даври

1. Сариқлик яққол ифодаланади	1. Сариқликнинг намоён бўлиши умумий аҳвол оғирлашуви билан кечади
2. Бемор қайта-қайта қусади	2. Асосий клиник ва лаборатория текширувлари асосида сариқлик, гепатомегалия, гипербилирубинемия, гиперферментемия қайд этилади
3. 50—60% ҳолларда спленомегалия кузатилади	3. Қон зардобидан НВsAg ёки анти НВs ажратиб олинади
4. Гепатомегалия аниқланади	
5. Тери қичишади	

«А» ҳам «В» ҳам бўлмаган вирусли гепатит

Касалликнинг асосан оғиз ва парентерал аралашув орқали ўтувчи тури ажратилади.

Ташхис вирусли гепатит А ва В маркерларининг ИФА ва РИА усуллари билан топилмаганлиги асосида қўйилади.

Дельта вирусли инфекция

1. Инфекция вирусли гепатит В ва сурункали гепатит «В» билан касалланган беморлар ва соғ НВ, Ag ташувчиларда учрайди.

2. Касаллик асосан жуда оғир турда кечади.

3. Қўпинча турли хил асоратлар: сурункали актив гепатит, жигар циррози ривожланишига олиб келади.

Касалхонага ётқизишдан олдин кўриладиган тадбирлар

1. СЭС га шошилнч хабар юборилади.

2. Бемор касалхонага ётқизилади.

3. Якунловчи дезинфекция ўтказилади.

4. Касалхонага ётқизиш кечиктирилганда беморга парҳез тайинланади (сут-қатиқ парҳези, кўп суюқлик ичиш) ва кундалик дезинфекция ўтказилади.

Сариқлик синдроми қуйидаги юқумли касалликларда учрайди.

1. Ҳомила давридаги инфекциялар: НВ инфекция, цитомегалия, токсоплазмоз, листериоз, сифилис таъсиридан келиб чиққан туғма гепатитлар.

2. Инфекцион моноклеоз.

3. Энтеровирус юқумли касаллиги.

4. УРВИ (Р-ёй синдроми).

Сариқлик синдроми (баъзи соматик ва жарроҳлик касалликларида)

1. Ўт-тош касаллиги.

2. Жигар ва панкреодуоденал соҳадаги шишлар.

3. Лимфогранулематоз.

4. Сепсис.

5. Гнжжа.

6. Сурункали гепатит.

7. Жигар циррози.

8. Жигар абсцесси.

САФРО ЧИҚАРИШ ЙУЛЛАРИНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ВА ЯЛЛИҒЛАНИШ ҚАСАЛЛИКЛАРИ ТУФАЙЛИ ПАЙДО БУЛГАН САРИҚЛИК (АНГИОХОЛЕЦИСТИТ ВА ДИСКИНЕЗИЯЛАР)

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Тери ва шиллиқ пардаларнинг ўртамиёна сариқлиги	1. Жисмоний иш, ёғли, аччиқ таом еганда қайталовчи сариқлик

2. Ўнг қовурға остида оғриқ

3. Субфебрил ҳарорат

4. Жигар катталашиши

2. Ўнг қовурға остида хуруж-симон кучли оғриқ, қовурилган ёғлиқ таомларни кўтара олмаслик

3. Узоқ давом этувчи субфебрилитет, тез толиқиш

4. Ижобий «пуфак» симптомлари

5. Билирубин боғланмаган фракцияси ҳисобига бир оз ошган

6. АлАТ ва АсАТ фаоллиги бир оз ошган ёки нормал

САФРО ЙУЛЛАРИДА ТУҒМА АТРЕЗИЯ ТУФАЙЛИ ПАЙДО БУЛУВЧИ МЕХАНИК САРИҚЛИК

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Сариклик	1. Беморнинг ёши 1—2 ойлик
2. Жигар катталашуви	2. Аста-секин кўпайиб борувчи сариклик, кейинчалик яшилсимон тусга кириши
3. Жигарнинг қаттиқлашиши	3. Талоқнинг аста-секин катталашиб қаттиқлашиши
4. Ахлат ва сийдик рангининг ўзгариши	4. АлАТ ва АсАТ фаоллиги жуда оз ўзгаради
5. Терида: геморрагиялар	5. Қон зардобда холестерин ва ишқорий фосфатаза миқдорининг ошиши
6. Диспепсия	6. Сийдикда ўт пигментлари аниқланади, уробилин аниқланмайди
7. Қон зардобда холестерин	7. Ахлат аҳолияси, стеркобилин аниқланмайди
	8. Қонда НВ инфекция маркерлари топилмайди

НАСЛДАН-НАСЛГА УТУВЧИ ПИГМЕНТЛИ ГЕПАТОЗЛАР (Жильбер, Криглер — Наджар, Дабин — Джонсон, Ротер синдроми)

Факультатив симптомлар	Асосий симптомлар
1. Беморнинг ёши (Жильбер синдроми 6 ёшдан 18 ёшгача, Криглер-Наджер 1 ёшгача бўлган болаларда, Дабин-Джонсон ўспиринларда, Ротер синдроми турли ёшдаги беморларда кўпроқ учрайди)	1. Оилавий сариклик мавжудлиги
2. Кўз оқи саргайиши	2. Алмашиниб турадиган сариклик асосан юзда, қулоқ супрасида, қўл кафти ва танглайда ўрта миёна ифодаланган

3. Терининг беқарор ўзгарувчан сариқлиги

4. Астено-вегетатив ўзгаришлар

5. Жигар катталашуви

6. Тери қичиши

7. Неврологик ўзгаришлар

8. Талоқ катталашиши мумкин

3. Дорн-дармон, жисмоний таъсир, турли касалликлар таъсирида сариқликнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши

4. Жигар ва талоқ ҳолати ўзгармайди

5. Гипербилирубинемия, асосан боғланмаган (Криглер-Надзар синдроми) ёки боғланган фракцияси (Ротер ва Дабин-Джонсон синдроми)

6. АЛАТ ва АсАТ фаоллигининг ошмаслиги

ГЕМОЛИТИК САРИҚЛИК (ирсий ва орттирилган гемолитик анемиялар)

Факультатив симптомлар

1. Турли ёшда учраши мумкин
2. Ҳар хил интенсивликдаги сариқлик
3. Жигар ва талоқнинг катталашуви
4. Сийдик ранги тўқ бўлади
5. Тери рангининг рангпарлиги

Асосий симптомлар

1. Сариқликнинг оилавий эканлиги
2. Сариқликнинг қайталоғчи эканлиги
3. Анамнезда гепатотроп препаратлар
4. Талоқ катталашувининг жигар катталашувидан устунлиги
5. Ахлат ранги ўзгармаган
6. Қон зардобиди билирубиннинг боғланмаган фракциясининг устунлиги
7. АЛАТ ва АсАТ фаоллиги ўзгармаган, ошмаган
8. Қонда ўзгаришлар: анемия, ретикулоцитоз, микросфероцитоз, осматик турғунликнинг пайиниши

Болаларга антибиотикларнинг суткалик миқдори ва юбориш усули

Антибиотиклар	Юбориш усули ва бир кеча-кундузда неча марта таъинланиши	Бир кеча- кундузлик миқдори		
		Болалар учун	Чақалоқлар учун	
			7 кунликкача	4 ҳафталиккача
Бензилпенициллин- нинг натрийли ту- зи	Мушак орасига (4—6 марта)	1 ёшгача —30000 ТБ/кг, 1—6 ёш —250000 ТБ, 6—15 ёш —500000 ТБ. Оғир инфекцияларда: 1 ёшга қадар 50 000 — 100000 ТБ/кг, 1 ёшдан ошганда —50000 ТБ/кг, ҳаётий кўрсатмаларга кўра 500000 ТБ/кг (суткалик миқдори 6—8 инъекция қилиб юборилади)	50000 ТБ/кг (2 қабул-га), оғир инфекцияда—100000—300000 ТБ/кг (3—4 инъекция), ҳаётий кўрсатмалар, бўйича 1000000 ТБ/кг гача (6—8 инъекция)	100000—150000 ТБ/кг (3—4 инъекция), оғир инфекцияларда—150000—300000 ТБ/кг (5—6 инъекция), ҳаётий кўрсатмаларга кўра 1000000 ТБ/кг (6—8 инъекция)
	Венага (оқим билан ёки томчилатиб) суткасига 1—2 марта мушак орасига инъекция қилиш билан бирга юборилади. Эндолюмбал усул билан суткасига бир марта	Венага оқим билан юбориладиган миқдор мазкур дори-ларни ҳисобланган суткалик миқдорининг бир қисмини ташкил этади (юқорига қар). 1 ёшгача 5000—10.000 ТБ, 1 дан 3 ёшгача 20 000—30 000 ТБ; 4 дан 8 ёшгача 30 000—40 000 ТБ; 8 ёшдан ошганда —40 000—50 000 ТБ (препарат мия қоринчаларига юборилганда кўрсатилган дозалар 1/3—1/2 қисмларга камайтирилади)	2500 ТБ	2500—5000 ТБ
Бензилпенициллин- нинг калийли тузи	Мушак орасига. Гиперкалиемида буюрилмай-	Миқдорлари бензилпенициллиннинг натрийли тузида	Миқдорлари бензилпенициллиннинг нат-	Миқдорлари бензилпенициллиннинг натрий-

	ди	бўлгани сингари	рийли тузида бўлгани сингари	ли тузида бўлгани ка-би
Бензилпенициллин-нинг новокаинли тузи. Феноксиметилпенициллин	Фақат мушак орасигагина бир кеча-кундузда 1—2 марта юборилади. Ичишга суткасига 4—6 марта берилади	1 ёшгача — 50 000 — 100 000 ТБ/кг, 1 ёшдан катталарга — 50 000 ТБ/кг, Таблеткалари: 1 ёшгача — 35—30 мг/кг, 1 ёшдан 6 ёшгача 15—20 мг/кг, 12 ёшдан ошганда кунига 0,5—2 г дан. Суспензия ҳолида дозалар худди шундай (1 мл суспензияда 13 мг препарат бор, 1 чой қошиқда 60 мг) 5000—10 000 ТБ/кг	Буюрилмайди.	Тайинланмайди
Бициллин-1	Ҳафтасига 1 марта мушак орасига; оёига 2 марта	20 000 ТБ/кг	Буюрилмайди	Тайинланмайди
Бициллин-5	Мушак орасига	Мактабгача ёшдаги болаларга 600 000 ТБ дан 3 ҳафтага 1 марта, мактаб ёшидагиларга 1 ойда 1 марта	Тайинланмайди	Буюрилмайди
Ампициллиннинг натрийли тузи (пен-трексил)	Мушак орасига, венага бир кеча-кундузда 4—6 марта. Эндолюмбал суткасига 1 марта	1 ёшгача 50 мг/кг, 1 дан 4 ёшгача — 50—75 мг/кг. Оғир инфекцияларда бу дозаларни 2 барабар оширишга йўл қўйилади.	50—100 мг/кг (12 соат оралатиб юборилади); менингитларда — 200 мг/кг (6 соат ўтказиб юборилади)	75—100 мг/кг (8 соат оралатиб юборилади), менингитларда — 200 мг/кг (6 соат ўтказиб юборилади)
Ампициллин три-гидрат	Ҳар 4 соатда ичга	100—200 мг/кг, жуда ҳам оғир инфекцияларда бу миқдорлар кўпайтирилади.	Дисбактериоз ва кандидоз тез ривожланиш хавфи бўлганида буюрилмайди	Худди шу сабабларга кўра тайин қилинмайди

Антибиотиклар	Юбориш усули ва бир кеча-кундузда неча марта тайинланиши	Бир кеча- кундузлик миқдори		
		Болалар учун	Чақалоқлар учун	
			7 кунликкача	4 ҳафталиккача
Оксациллиннинг натрийли тузи (клоксациллин)	Мушак орасига ҳар 4—6 соат Ичга ҳар 4—6 соатда	1—3 ойлик болаларга 60—80 мг/кг; 3 ойликдан 2 ёшгача 1 г; 2 дан 6 ёшгача 2—3 г; 3 ойгача —200 мг/кг; 3 ойликдан 2 ёшгача —1—1,5 г, 3 дан 6 ёшгача —2 г, 6 ёшдан ошганда —2—6 г. Оғир инфекцияларда миқдор 2 барабар оширилиши мумкин	50—100 мг/кг (2—3 инъекция) 100—200 мг/кг (3 марта ротабага)	100—200 мг/кг (3—4 инъекция) 100—200 мг/кг (3—4 марта ротабага)
Ампиокс- натрий	Мушак орасига ва венага кунига 3—4 марта	1 ёшгача болаларга 100—200 мг/кг, 1 ёшдан 7 ёшгача 100 мг/кг, 7 дан 14 ёшгача 50 мг/кг. Оғир инфекцияларда миқдорларни 1,5—2 марта оширса бўлади	100—200 мг/кг (2—3 инъекция)	100—200 мг/кг (3—4 инъекция)
Ампиокс	Ичга	3 дан 7 ёшгача болаларга 100 мг/кг, 7 дан 14 ёшгача —50 мг/кг, 14 ёшдан ошганда кунига 2—4 г гача	Дисбактериоз ва кандидоз тез ривожланиш хавфи бўлганида буюрилмайди	Худди шу сабабларга кўра тайинланмайди
Карбенициллиннинг натрийли тузи	Мушак орасига, венага кунига 4—6 марта Эндолюмбал усулда	50—100 мг/кг; инфекция жуда оғир кечганда —300—400 мг/кг. 2 ёшгача —10 мг, 2 дан 12 ёшгача —20 мг, 12 ёшдан ошганда 30—40 мг	200—400 мг/кг (3—4 инъекция) 5—10 мг	200—400 мг/кг (4—6 инъекция) 5—10 мг

Метициллиннинг натрийли тузи	Мушак орасига кунига 4—6 марта	1—3 ойликда —100—150 мг/ кг, 3 ойликдан 12 ёшгача — 100 мг/кг, 12 ёшдан ошган- да кунига 4—6 г	50 — 100 мг/кг (3 — 4 инъекция), оғир инфек- цияда 200 мг/кг гача	100—200 мг/кг (6 со- ат ўтказиб
Диклоксациллин- нинг натрийли тузи	Ичга кунига 4 марта	1 ёшгача 60—80 мг/кг, 1 дан 6 ёшгача —60 мг/кг, 6 ёшдан ошганда кунига — 2 г	20 мг/кг	20 мг/кг
Цефалоридин (це- порин)	Мушак орасига, венага кунига 2—4 марта	Касалликнинг оғир-енгилли- гига қараб 15—30 мг/кг дан 60—100 мг/кг гача тайинла- нади	15 мг/кг, менингитлар- да 50—100 мг/кг гача	15 — 30 мг/кг, инфек- ция оғир кечганда 50— 100 мг/кг гача
Натрий цефазолин (кефзол)	Мушак орасига, венага кунига 2—3 марта	20—50 мг/кг дан 100 мг/кг гача (инфекция ниҳоятда оғир ўтганда)	25—100 мг/кг (2 — 3 инъекция)	25 — 100 мг/кг (2 — 3 инъекция)
Цефалолексин	Ичга кунига 4 марта	25—50 мг/кг 100 мг/кг гача, инфекция оғир ўтганда сус- пензия ҳолида (1 мл тайёр суспензияда 25 мг цефало- лексин бўлади	25—50 мг/кг, (100 мг/ кг гача)	25—50 мг/кг (100 мг/ кг гача)
Клафоран	Мушак орасига, венага кунига 2—4 марта	50—100 мг/кг, инфекция ни- ҳоятда оғир ўтганда 200— 300 мг/кг гача	50—100 мг/кг	50—100 мг/кг
Эритромицин	Ичга кунига 4—6 марта	1 ёшгача —20—40 мг/кг, 1 дан 3 ёшгача —0,4 г, 3—6 ёш —0,5—0,75 г 12 ёшдан ошганда —1,5—2 г	20—40 мг/кг	20—40 мг/кг
Эритромицин фос- фат	Венага кунига 2—3 мар- та	—20 мг/кг	20 мг/кг, оғир ҳоллар- да—40—50 мг/кг гача	20 мг/кг, оғир ҳоллар- да 40—50 м г/кг гача
Олеандомицин фос-	Ичга кунига 4—6 марта	3 ёшгача —0,02 г/кг, (20 000	Токсинлик ошганлиги	Худди шу сабабларга

Антибиотиклар	Юбориш усули ва бир кеча-кундузда неча марта тайинланиши	Бир кеча-кундузлик миқдори		
		Болалар учун	Чақалоқлар учун	
			7 кунликкача	4 ҳафталиккача
фат (аскорбинат)		ТБ/кг), 3—6 ёш кунига — 0,25—0,5 г. (250 000—500 000 ТБ), 6—14, ёш — 0,5—1 г. (500 000—10 00000 ТБ)	ва холестазни ривожланиш хавфи бўлгани учун буюрилмайди	кўра тайинланмайди.
Гентамицин сульфат	Мушак орасига, венага кунига 2—3 маҳал	1 ёшгача —1,5—3 мг/кг, (касалликнинг оғир ҳолларида 5 мг/кг гача), 1 дан 5 ёшгача —1,5—3 мг/кг, 6—12 ёшда —3 мг/кг (5 мг/кг гача), 12 ёшдан ошганди —0,8—3 мг/кг	3—4 мг/кг (3 инъекция)	3—4 мг/кг (3 инъекция)
Канамицин	Мушак орасига, венага кунига 2—3 маҳал	Силга даҳли бўлмаган касалликларни даволаш учун 7,5 мг/кг, силга даво қилишда мушак орасига кунига 0,015—0,02 г/кг (15—20 мг/кг, лекин кўпи билан 0,75 г/750 мг)	Кунига 7,5—10 мг дан 2 марта	Кунига 10 мг дан 2—3 маҳал
	Эндолюмбал	Кунига 0,1—1 мг (бир мартадан)	0,1—0,3 мг	0,1—0,5 мг
Канамицин моносульфат	Ичга кунига 4—6 марта	1 ёшгача —0,5—0,75 г (500 000—750 000 ТБ), 1 дан 5 ёшгача —0,75—1 г (750 000—1 0 00000 ТБ),	Дисбактериоз ва кандидоз ривожланиш хавфи борлигидан тайинланмайди	Худди шу сабабларга кўра буюрилмайди

Амикацин	Мушак орасига, венага кунига 2—3 марта	5 ёшдан ошганда —1—3 г (1 000000—3 000000 ТБ). 10—15 мг/кг	7,5—10 мг/кг	7,5— 0 мг/к
Сизомицин	Мушак орасига, венага кунига 2—3 марта	1 ёшгача —2,5—4 мг/кг, 1 ёшдан 14 ёшгача —1—2 мг/кг	2,5—15 мг/кг (1—2 инъекция)	2,5—5 мг/кг (1—2 инъекция)
Тобрамицин	Мушак орасига; венага кунига 2—4 марта	1,5—5 мг/кг, инфекция оғир ўтганда бу миқдорларни 1,5—2 марта оширса бўлади	2,5—5 мг/кг, ҳаётий кўрсатмалар бўйича—10 мг/кг гача (2—3 инъекция)	2,5—5 мг/кг, ҳаётий кўрсатмаларга кўра 10 мг/кг гача (2—3 инъекция)
Мономицин	Ичга кунига 2—3 марта	6 ойликкача тайинланмайди 6 ойликдан ошган болаларга 10—25 мг/кг	Токсинлик талайгина ошиб кетганидан буюрилмайди	Худди шу сабабга кўра буюрилмайди
Стрептомицин сульфат	Мушак орасига кунига 1—2 маҳал	3 ойгача 0,01 г/кг, 3—6 ойгача —0,015 г/кг, 6 ой—2 ёш —0,02 г/кг. Юқори суткалик миқдор: 4 ёшгача —0,15 г, 5—6 ёш —0,3 г, 7—9 ёш —0,4 г, 10—14 ёш —0,5 г (силда 1 г гача)	0,1 г/кг	0,01 г/кг
Дигидрострептомицин пантотенат	Мушак орасига кунига 2 марта	1 ёшгача —0,1—0,25 г; 2—3 ёш —0,15—0,25 г; 4—7 ёш —0,25—0,35 г; 8—10 ёш —0,35—0,5 г, 11—14 ёш—0,5—0,8 г	0,05—0,1 г	0,05—0,1 г
Стрептомицин кальций хлорли комплекси	Эндолюмбал кунига 1 марта Мушак орасига кунига 1—2 марта	3 ёшгача —0,01—0,02, 4—7 ёшгача —0,025—0,05 г, 8—12 ёшгача —0,05—0,075 г	0,003—0,005 г	0,003—0,005 г
Левомецетин стерат	Ичга кунига 3—4 марта	Таблетка ва кукун: 3 ёшгача —0,02 г/кг, 3—8 ёш —	Препарат кардиотоксинли бўлгани учун	Худди шу сабабдан буюрилмайди

Антибиотиклар	Юбориш усули ва бир кеча-кундузда неча марта тайинланиши	Бир кеча- кундузлик миқдори		
		Болалар учун	Чақалоқлар учун	
			7 кунликкача	4 ҳафталиккача
212		0,3—0,4 г (битта қабулга), 8 ёшдан ошганда қабулга 0,4—0,6 г. 5% ли суспензиянинг бир марталик миқдорлари: 3—6 ойликка —0,5 чой қошиқ, 7—12 ойликка —0,5 —1 чой қошиқ, 1—3 ёшга —1 чой қошиқ, 4—8 ёшга 1—2 чой қошиқ	тайинланмайди	
	Левомецетин натрий сукцинат	Мушак орасига кунига 2 марта (12 соат оралатиб)	Дастлабки 3 ойда буюрилмайди	Буюрилмайди
	Рифамицин	Мушак орасига кунига 2—3 маҳал венага (томчилаб)	6 ёшгача —10—30 мг/кг, 6 ёшдан ошганда —25 мг/кг, 10—30 мг/кг (2—4 инъекция)	10 мг/кг
	Рифампицин	Ичга кунига 2—3 марта	Силга алоқадор бўлмаган касалликларда 8—10 мг/кг, силда миқдор худди шунча бўлса-да, лекин кўпи билан бир қабулга 0,45 г. Кўкрак ёшидаги болаларга рифампицин тайинланмайди	10 мг/кг
	Тетрациклин	Ичга кунига 3—4 марта	8 ёшга тўлмаган болаларга буюрилмайди. 8 ёшдан ош-	Тайинланмайди

		ганда 20—25 мг/кг тайин қилинади		
Доксациклин гидрохлорид (вибрамицин)	Ичга кунига 1—2 марта	8 ёшгача болаларга буюрилмайди 8—12 ёшда дастлабки кунда 4 мг/кг, кейинги кунлари 2 мг/кг, 12 ёшдан ошганда —0,2 г (бир қабулга) ёки 0,1 г дан кунига 2 марта (12 соат ўтгач), кейинчалик суткалик миқдор бир қабулга 0,1 г ни ташкил этади	Тайинланмайди	Тайинланмайди
Метациклин гидрохлорид (рондомицин)	Ичга кунига 3—4 марта	8 ёшга тўлмаган болаларга буюрилмайди. 8—12 ёшда —7,5—10 мг/кг, оғир инфекцияларда —15 мг/кг гача, 12 ёшдан ошган болаларга бир марталик миқдор 0,3 г, суткалиги —0,6 г ни ташкил қилади	Тайинланмайди	Тайинланмайди
Ристомицин сульфат	Венага кунига 2 марта — (12 соат ўтказиб)	20 000—30 000 ТБ/кг	— —	— —
Линкомицин гидрохлорид	Ичга кунига 2—3 марта	30—60 мг/кг	— —	— —
	Мушак орасига, венага кунига 2 марта	10—20 мг/кг	— —	— —
Фузидин—натрий	Ичга кунига 3 марта	1 ёшгача 60—80 мг/кг (суспензия ҳолида қанд шарбатига қилинган) 1 дан 4 ёш	40—60 мг/кг (суспензия кўринишида шакар шарбатига тайёрланган)	60—80 мг/кг (суспензия ҳолида шакар шарбатига тайёрланган)

Антибиотиклар	Юбориш усули ва бир кеча-кундузда неча марта тайинланиши	Бир кеча-кундузлик миқдори		
		Болалар учун	Чақалоқлар учун	
			7 кунликкача	4 ҳафталиккача
Полимиксин В сульфат	Мушак орасига кунига 3—4 марта. Венага (томчилатиб) кунига 2 мар-ҳал. Ичга кунига 3 мар-та	гача 40—60 мг/кг, 4—14 ёш-гача —20—40 мг/кг 1—2 мг/кг (ёшдан қатъи на-зар), 1—2 мг/кг (ёшга қара-масдан), 4 мг/кг	Буюрилмайди	Буюрилмайди
Полимиксин М.	Ичга кунига 4—6 марта	3—4 ёшгача —100 000 ТБ/кг, 5—7 ёшда 1 400 000 ТБ, 8—10 ёшда —1 600 000 ТБ, 11—14 ёшда 2 000 000 ТБ	Буюрилмайди	Буюрилмайди
Ванкомицин	Фақат венага кунига 2—4 марта	40 мг/кг	Тромбофлебит ривож-ланганда ва веналар зичлашуви хавфи бўл-ганида буюрилмайди	Худди шу сабабга кў-ра тайинланмайди.
Нистатин	Ичга кунига 3—4 марта	1 ёшгача —400 000—600 000 ТБ, 1—3 ёшга 750 000—1 000 000 ТБ, 3 ёшдан ошганда 1 000 000—1 500 000 ТБ	400 000 — 500 000 ТБ (4 қабулга)	400 000 — 500 000 ТБ (4 қабулга)
Леворин	Ичга кунига 2—3 марта	2 ёшгача —25 000 ТБ/кг, 2 дан 6 ёшгача 20 000 ТБ/кг, 6 ёшдан ошганда бир мар-талик миқдор 200 000—250 000 ТБ ни ташкил этади	25 000 ТБ/кг	25 000 ТБ/кг

Амфотерицин В

Венага тсмчилатиб куно-
ра ёки ҳафтасига 2 мар-
та (бир кунда бир мар-
та)

Дастлабки суткалик миқ-
дорлари: 1—3 ёшда 75000—
150 000 ТБ/кг, 4—7 ёшда
100 000—200 000 ТБ/кг,
8—12 ёшда —12 5000—
250 000 ТБ/кг, 13—18 ёшда
150 000—300 000 ТБ/кг. Да-
волаш курси жараёнида бу
миқдорлар аста-секин 2—3
марта ошириб борилади
2 ёшгача —50 000 ТБ, 2 дан
6 ёшгача —100 000—200 000
ТБ, 6—8 ёшда 300 000 ТБ,
8—14 ёшда 400 000 ТБ

Токсинлиги юқори
бўлганида буюрилмай-
ди.

Худди шу сабабга кў-
ра тайинланмайди

Амфоглюкамин

Ичга кунига 2 марта

2 ёшгача —50 000 ТБ, 2 дан
6 ёшгача —100 000—200 000
ТБ, 6—8 ёшда 300 000 ТБ,
8—14 ёшда 400 000 ТБ

25 000 — 50 000 ТБ

25 000 — 50 000 ТБ

Гризеофульвин

Ичга кунига 2—3 марта

Таркибида 1 мл 15 мг гри-
зеофульвин сақловчи суспен-
зия: 1 дан 3 ёшгача 1 чой
қошиқда кунига 2—3 марта,
3—7 ёшда битта кичик қо-
шиқда кунига 2 марта, 7—
14 ёшда битта кичик қошиқ-
да кунига 3 марта. Қўкрак
ёшидаги болаларга тайин-
ланмайди.

Тайинланмайди

Тайинланмайди

Микогептин

Ичга кунига 2 марта

9 ёшда тўлмаганларга та-
йинланмайди, 9—14 ёшда
0,25 г (250 000 ТБ), 14 ёш-
дан ошганда кунига 0,5 г
дан (500 000 ТБ)

— —

— —

**Сепсисда болаларга энг муҳим антибиотикларни
тавсия қилинадиган миқдорлари**

Антибиотик	Болалар учун	Юбориш усули, юбориш орасидаги танаффус
1	2	3
Бензилпенициллин	300 000 — 400 000 Тб/кг	Венага оқим билан ҳар 6 соатда
Ампициллин	100 — 200 мг/кг	Венага томчилатиб, мушак орасига ҳар 6 — 8 соатда
Карбенициллин: протейли сепсис	250 мг/кг	Венага томчилатиб ҳар 4 — 6 соатда
Кўк йирингли сепсис	400 — 500 мг/кг	Венага томчилатиб ҳар 4 — 6 соатда
Цефазолин (кефзол)	150 мг/кг	Венага, мушак орасига ҳар 6 — 8 соатда
Цефу́роксим (кетоцеф)	100 мг/кг	Венага, мушак орасига ҳар 6 — 8 соатда
Цефотаксим (клафоран)	100 — 200 мг/кг	Венага, мушак орасига ҳар 6 — 8 соатда
Диклосациллин	80 мг/кг	Венага, мушак орасига ҳар 6 соатда
Оксациллин	100 — 200 мг/кг	Венага томчилатиб ёки оқим билан ҳар 4 — 6 соатда
Метициллин	50 — 150 мг/кг	Венага томчилатиб ёки оқим билан ҳар 4 — 6 со- атда
Фузидин	20 — 40 мг/кг	Ичга ҳар 8 соатда
Линкомицин	10 — 20 мг/кг	Венага томчилатиб, мушак орасига ҳар 8 — 12 соатда
Эритромицин фосфат	20 — 40 мг/кг	Венага томчилатиб ҳар 6 — 8 соатда
Гентамицин, сизоми- цин, тобрамицин (бру- ламицин)	3 — 5 мг/кг	Венага томчилатиб, мушак орасига ҳар 8 — 12 соатда
Амикацин, канамицин	15 мг/кг	Венага, мушак орасига ҳар 8 — 12 соатда
Левомецетин	30 — 50 мг/кг	Венага, ичга ҳар 6—8 со- атда
Бисептол	40 мг/кг	Ичга ҳар 12 соатда

Э с л а т м а: Қавс ичида чет эл препаратлари номи келтирилган.

Антибиотикларнинг таъсия қилинадиган комбинациялари

Антибиотиклар билан бирга ишлатиладиган дорилар	Кутиладиган таъсир	Қўлланишга кўрсатмалар
1	2	3
Бензилпенициллин стрептомицин ёки гентамицин билан Оксациллин, диклок- сациллин ампицил- лин ёки ампиокс билан	Нисбатан, синергизм <i>St. viridans</i> , <i>st. faecalis</i> Таъсир кўрсатиш доираси- нинг кенгайиши. Энтеро- бактериялар келтириб чи- қарадиган инфекцияларда синергизм	Энтерококкли (стрепто- коккли) сепис, эндокар- дит Аралаш инфекция эн- теробактериялар ва стафилококклар келти- риб чиқарадиган ин- фекциялар — эмпирик даво воситаси Аралаш инфекциялар. Пиелонефрит, уросеп- сис
Ампициллин кана- мицин ёки гентами- цин ёки тобрамицин билан	Таъсир кўрсатиш доираси- нинг кенгайиши, келтириб чиқарадиган инфекциялар- да синергизм (<i>E. coli</i> , <i>Proteus sph.</i>)	Кўк йирингли сепсис
Қарбенициллин гентамицин ёки тоб- рамицин ёки сизо- мицин билан	Таъсир кўрсатиш доираси- нинг кенгайиши, келтириб чиқарадиган инфекциялар- да синергизм (<i>Ps. aeruginosa</i>)	Олдин қилинган парен- терал даводан кейинги терапияни давом этти- риш учун пиелонеф- ритда, нафас йўли ин- фекцияларида буюри- лади
Цефалексин ампи- циллин билан (ик- кала препарат ичга)	Ҳар бир препарат таъсир кўрсатиш доирасининг кенгайиши, пенициллин ҳосил қилувчи стафило- кокклар (цефалексин), эн- терококклар (ампициллин) ва бошқага нисбатан фаол- ликнинг кучайиши	Ургентли инфекция- лар; миелодефицит ҳо- латларида сепсис, ча- қалоқлар сепсиси ва бошқалар
Цефалоспоринлар карбенициллин ёки янги аминоглико- зидлар билан	Энтеробактерияларга нисба- тан таъсир кўрсатиш дои- раси ўта кенг	Аэроб-анаэробли ара- лаш инфекция
Цефалоспоринлар метронидазол билан	Таъсир кўрсатиш доираси- нинг кенгайиши (метрони- дазолнинг анаэробларга нисбатан фаол бўлиши)	Аэроб-анаэробли ара- лаш инфекция
Гентамицин левоме- цетин билан Цефотаксим гента- мицин (сизомицин) билан	Таъсир доирасининг ўзаро яхшиланиши Таъсир доирасининг кенга- йиши	Инфекциянинг йиринг- ли тахмин қилинаётган барча қўзғатувчилари- га нисбатан фаол бўл- ган комбинацияси «Муаммо» туғдирувчи қўзғатувчилар, шу жумладан <i>P. aeruginosa</i> келтириб чиқарадиган инфекциялар
Рифампицин янги аминогликозидлар (гентамицин, сизо- мицин, амикацин) билан	<i>Serrat</i> га нисбатан си- нергизм	

1	2	3
Сульфаниламидлар полимиксин В билан	Serrata га нисбатан синергизм	P. aeruginosa, serrata келтириб чиқарадиган инфекциялар
Бисептол	Таъсир кўрсатиш доирасининг кенгайиши, сульфаниламиднинг эффектга потенциалланиши	Ўзлуксиз бронхитлар, пешоб чиқазадиган йўл, сальмонеллез ташувчи, дизентерияда
Бисептол гентамицин билан (сизомицин)	Синергизм	Сийдик ажратиш йўллариининг оғир инфекциялари, P. aeruginosa, serrata келтириб чиқарадиган инфекциялар
Тетрациклинлар стрептомицин (гентамицин) билан	Ҳужайра ичида жойлашган қўзғатувчилар фаоллигининг ошиши	Бруцеллез
Тетрациклин нистатин (леворин) билан	Бактерияга ва замбуруғларга қарши таъсир	Қандидамикозлар профилактикаси

Э С Л А Т М А: Ҳар бир антибиотикни бошқа дорилар билан тўла миқдорда қўллаш зарур.

Плазма ўрнини босувчиларнинг таркиби, физик-кимёвий хоссалари ва уларнинг организмдан ярим чиқарилиш даври

Препарат ва унинг таркиби	Физик-кимёвий хоссалари	Танадан чиқарилиш даври, соат	Бир марталик миқдор мл/кг
<i>Полиглюкин</i> декстран 5,5—6,5 г натрий хлорид 0,85 — 1 г этил спирти 0,3 г	Нисбий молекуляр массаси (60000—10000) Нисбий ёпишқоқлиги 2,8—4 Осмолярлик (317 ± 13 мосм/л рН 4,5—6,5	18—24	15—20
<i>Апироген суви</i> 100 мл гача <i>Реополиглюкин</i> декстран 10 г этил спирти 0,3 г натрий хлорид 0,85 г	Нисбий молекуляр массаси (30000—40000) Осмолярлик (370 ± 20) мосм/л Нисбий ёпишқоқлиги 4—5,5 рН 4—6,5	6—16	10—20
<i>Апироген суви</i> 100 мл гача <i>Желатинол</i> Қисман парчаланган желатин 8 г натрий хлорид 0,09 г	Нисбий молекуляр массаси (20000) Нисбий ёпишқоқлиги 1,4—3,5 Осмолярлик ($457 \pm 3,8$) мосм/л	6—8	15—20

Апироген суви 100 мл гача	pH 6,8—7,4		
Гемодез (неокомпенсан, перистон Н)	Нисбий молекуляр масса-си (12600±2700)		
Поливинилпирролидон 6 г			
Натрий хлорид 0,55 г	Нисбий ёпишқоқлиги 1,5—2,1		
Натрий (II) — оксид 0,023 г	Осмолярлик (297±10) мосм/л	4—6	10—15
Кальций хлорид 0,05г	pH 5,2—7		
Магний хлорид 0,0005г			
Калий хлорид 0,042			
Апироген суви 100 мл гача			
Полидиз			
Поливинил спирти 3 г	Нисбий молекуляр масса-си (100000±20000)		
Натрий хлорид 0,9 г	Нисбий ёпишқоқлиги 2,3—2,7	6—8	10—15
	Осмолярлиги (338±8) мосм/л		
Апироген суви 100 мл гача	pH 5,1—6,1		

Дастлабки 6 соатда тайинланадиган глюкозала (регидрон) нинг эксикоз даражасига қараб ўртача ҳажми

Тана вазни, кг	I даражали эксикоз		II даражали эксикоз	
	1 соатда	6 соатда	1 соатда	6 соатда
5	42	250	61	400
10	83	500	133	800
15	125	750	200	1200
20	167	1000	266	1600
25	208	1250	333	2000

Қўп ионли эритмалар таркиби (инъекциялар учун 1 л сув ҳисобидан)

Препарат	Натрий хлорид	Натрий цитрат	Калий хлорид	Кальций хлорид	Магний хлорид	Натрий лактат	Натрий гидрокарбонат
Ацесоль	5	2	1				
Дисоль	6	2					
Лактасоль*	6,2		0,3	0,16	0,1	3,36	**
Присоль	5		1				
Хлосоль	4,75	3,6	1,5				
Рингер-Локк эритмаси***	9		0,2	0,2			

* — Синонимлар: Рингер-Лактат, лактат-туз эритмаси, Гартман эритмаси.

** — Сув pH ини 6—8,2 гача етказиш учун етарлича бўлган миқдорда.

*** — глюкоза 1 г миқдорда қўшилган.

Болаларда сувсизланиш турларининг белгилари

Дегидратация белгилари	Сув танқислиги тури	Изотоник тури	Туз танқислиги тури
МНС нинг клиник функционал ҳолати	Умумий безовталаниш, қўзғалиш, ўта чанқоқлик	Бўшашувчанлик, уйқучанлик	Кома, тутқаноқлар, тиришиш
Тана ҳарорати	Гипертермия	Субфебрил	Нормал, гипотермияга мойиллик
Тери	Эластик, илиқ	Совуқ, қуруқ эластиклиги камайган	Буришган, совуқ, цианотик,
Шиллиқ пардалар	Жуда қуриган, қовжирган	Қуруқ	Қўпинча шиллиқ билан қопланган
Нафас	Гипервентиляция, тўсатдан тўхтаб қолиши	Хусусиятлари билинмайди	Секинлашган, ўпкадаги нам хириллашлар
Меъда-ичак	Тез-тез суюқ ич келади, кўпинча қайт қилади	Иштаҳа йўқлиги, шиллиқ аралаш ич келади	Кофе қуйқасига ўхшаш қусиш, сувсимон, мўл ич келади, ичак парези
Лабораторияда: — сийдикнинг солиштира оғирлиги	Аста-секин 1025—1035 гача кўпайиши	Нормал ёки анча катталашган	Юқори рақамлардан нормагача ва бундан пастроққа тушади
қон плазмасининг осмотик босими	+	Н	—
қон плазма-сидаги натрий концентрацияси	+	Н	—
қон плазма-сидаги умумий оқсил миқдори	Н	+	+
эритроцитлар сони	Н	+	+
гематокрит	Н	+	+

ЭСЛАТМА (+) ошган, (—) камайган, Н — нормада.

Болалар ва ўсмирлар учун бир кунда витаминларни истеъмол қилишнинг тавсия қилинадиган миқдори

Ёши	В ₁ , мг	В ₂ , мг	В ₆ , мг	В ₁₂ , мкг	В _С , мкг	РР*, мг	С, мг	А**, мкг	Е, мг	Д, ХБ
1 ойгача	0,3	0,4	0,4	0,3	40	4	30	400	5	400
1 дан 3 ойгача	0,3	0,4	0,4	0,3	40	5	30	400	5	400
4 дан 6 ойгача	0,4	0,5	0,5	0,4	40	6	35	400	5	400
7 дан 12 ойгача	0,5	0,6	0,6	0,5	60	7	40	400	6	400
1 дан 3 ёшгача	0,8	0,9	0,9	1	100	10	45	450	7	400
4 дан 6 ёшгача	1	1,3	1,3	1,5	200	12	50	500	10	100
7 дан 10 ёшгача	1,4	1,6	1,6	2	200	15	60	700	10	100
11 дан 13 ёшгача	1,6	1,9	1,9	3	200	18	70	1000	12	100
ўғил болалар	1,5	1,7	1,7	3	200	16	60	1000	10	100
қиз болалар	1,7	2	2	4	600	19	72	1250	15	500
Ҳомиладор аёллар	1,9	2,2	2,2	4	600	21	80	1500	15	500
14 — 17 ёш: йигитлар	1,7	2	2	3	200	19	75	1000	15	100
қиз-жувонлар	1,6	1,8	1,8	3	200	17	65	1000	12	100

* — Ниацин эквиваленти

** — Ретинол эквиваленти

МУНДАРИЖА

Сўз боши . . .	3
Амебиаз	5
Қутуриш	6
Брилл касаллиги	9
Ботулизм <i>Турсунов Ш. Б., Муҳитдинов И. М.</i>	11
Бруцеллёз .	19
Қорин тифи	23
Вирусли жигар касалликлари	29
Вирусли гепатит билан оғриб ўтган болаларни диспансе- ризация қилиш .	35
Геморрагик иситмалар	35
Геморрагик иситма (бошланғич синдром билан)	36
Қрим геморрагик иситмаси .	39
Ўрта Осиё геморрагик иситмаси (УОГИ)	41
ОМСҚ геморрагик иситмаси (ОГИ)	42
Грипп ва гриппсимон касалликлар (ўткир респиратор ви- русли касалликлар)	42
Грипп	43
Парагрипп	45
Адиновирус касалликлари <i>Аҳмедов М. Н., Муҳитди- нов И. М.</i>	46
Респиратор-синцитиал инфекция (РСИ)	47
Дифтерия	54
Кампилобактериоз	60
Колиинфекцияси	64
Қўкйўтал .	66
Паракўкйўтал	69
Қизамиқ .	71
Лептоспирозлар	76
Васильев-Вейль касаллиги	77
Листерия	78
Қу-иситмаси	82
Безгак	86
Менингококк инфекцияси	88
Инфекцион мононуклеоз	95
Орнитоз, Пситтакоз	96
Сувчечак	101
Чинчечак	103
Эпидемик паротит (тепки)	105
Полиомиелит	107
Сохта сил (псевдотуберкулёз)	110
Сарамас	115
Ротавирус касалликлари	118
Скарлатина	122

Зарда	
СПИД	
Стафилококк	
тоз Б. А., Муҳамедов Д.	
Тошмали терлама	
Токсоплазмоз	
Туляремия	
Оқсим Турсунов Ш. Б.	152
Энтеровирус касалликлари	154
Сероз менингит	156
Қасалликнинг паралитик (полиомиелитга ўхшаш) тури	156
Ангина	157
Инфекцион эритема	158
Вабо	161
Қайталанувчи кана терламаси	165
Улат	168
Болалар юқумли касалликларининг ўзига хос ташхиси	172
Илова	174

Ўқув нашри

Орхон Сирожиiddинович Маҳмудов
тиббиёт фанлари доктори, профессор,
Ўзбекистонда хизмат кўрсатган фан арбоби

БОЛАЛАРНИНГ ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИҚЛАРИ

Тошкент, Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашриёти, Навоий кўчаси, 30•

Муҳарририят мудири *Б. Мансуров*
Муҳаррир *Д. Абдуллаева*
Бадний муҳаррир *М. Эргашева*
Техник муҳаррир *В. Мещерякова*
Мусахҳиҳ *Д. Тўйчиева*

ИБ № 2108

Босмахонага 12.05.95 да берилди. Босишга 28.07.95 да рухсат берилди. Бичими 84×108^{1/4}. Газета қоғози. Юқори босма. Адабий гарнитура. Шартли босма табоғи 11,76. Нашр босма табоғи 13,13. Шартли бўёқ-отт. 11,97. 51—93-рақамли шартнома. 6316-рақамли буюртма. Жами 5000. нусха. Нархи шартнома асосида.

Ўзбекистон Республикаси Давлат матбуот қўмитаси Тошкент матбаа комбинати-
нинг ижара корхонаси, Тошкент, Навоий кўчаси, 30.

