

Юқумли касалликлар бўйича эпидемик вазият XX-асрнинг охиридан то ҳозирги кунгача бутун дунёда мураккаблигича қолмоқда. Жуда кўп ўта ҳавфли юқумли касалликлар тугатилаётганига қарамай, ривожланаётган мамлакатларда юқиш ўчоқлари сақланиб қолмоқда (ўлат, куйдирги, вабо ва бошқалар). Ривожланган мамлакатларда режали профилактик чора-тадбирлар туфайли бўғма, қоқшол, қизамиқ, полиомиелит касалликлари тугатиляпти. Ўзбекистонда ҳам ушбу касалликларга қарши кураш борасида жуда катта ишлар амалга оширилмоқда. 1995 йилдан бошлаб бўғма, қизамиқ, полиомиелит касалликларига қарши оммавий режали эмлашлардан ташқари, қўшимча миллий эмлаш кунлари ўтказилиб миллионлаб инсонлар қўшимча эмлашлар олдилар. Натижада XXI-аср бошига келиб бўғма, қизамиқ, полиомиелит касалликлари кескин камайди ва тугатилиш имкони туғилди. 2003 йили ЖССТ (ВОЗ) Ўзбекистон республикасини полиомиелитдан холи ҳудуд деб эълон қилди. Бу муддатларда республика худудига оғир парранда гриппи, чўчка гриппи келишини олди олинди.



Мирзакаримова Дилдора Баҳодировна

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИ ЭРТА ВА ҚИЁСИЙ ТАШХИСЛАШ

Ўқув қўлланма



REHEALTH

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ТАЪЛИМ, ФАН ВА
ИННОВАЦИЯЛАР ВАЗИРЛИГИ

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

МИРЗАКАРИМОВА ДИЛДОРА
БАҲОДИРОВА

ЮҚУМЛИ
КАСАЛЛИКЛАРНИ ЭРТА
ВА ҚИЁСИЙ
ТАШХИСЛАШ

Ўқув қўлланма

Андижон, 2023-йил

УЎК 616.9

КБК 53.46

М63

Муаллиф:

Мирзакаримова Д.Б. – Андижон давлат тиббиёт институти юқумли касалликлар ва эпидемиология кафедраси мудири, т.ф.н., доцент.

Такризчилар:

Ахмедова М.Ж. – Тошкент Тиббиёт Академияси юқумли касалликлар ва болалар юқумли касалликлар кафедраси профессори.

Пакирдинов А.Б. – Андижон давлат тиббиёт институти дерматовенерология кафедраси мудири, т.ф.д., профессор.

Мирзакаримова Д.Б.

М63 ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИ ЭРТА ВА ҚИЁСИЙ ТАШХИСЛАШ: Ўқув қўлланма / Мирзакаримова Д.Б.: – Андижон: RE-HEALTH наشريёти, 2023 – 168 б.

ISBN 978-9910-758-24-9

Ушбу ўқув қўлланма тиббиёт институтларида тахсил олувчи даволаш, касб таълими (даволаш иши), педиатрия, магистратура резидентларига мўлжалланган бўлиб, расмлар, ўргатувчи тест саволлари ва вазиятли масалалар билан мустаҳкамланган.

Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги Андижон давлат тиббиёт институти ректорининг 30.10.2023-йилдаги “01/08/339-Ш”-сонли буйруғига асосан нашр этишига рухсат берилди.

УЎК 616.9

КБК 53.46

ISBN 978-9910-758-24-9

© **Мирзакаримова Д.Б., 2023**

© **RE-HEALTH наشريёти, 2023**

МУНДАРИЖА

Кириш	5
I БОБ. Юқумли касалликлар диагностикасини асослари ва усуллари.....	6
II БОБ. Иситма синдроми билан кечувчи юқумли касалликларнинг диагностикаси ва дифференциал диагностикаси.....	13
2.1. Истима ҳақида умумий ахборот.....	13
2.2. Айрим юқумли касалликларда иситмани ўзига хослиги...	16
III БОБ. Диарея синдроми билан кечувчи юқумли касалликларни диагностикаси ва дифференциал диагностикаси.....	52
3.1. Диарея синдроми ҳақида умумий маълумотлар.....	52
3.2. Гастрит ва гастроэнтерит синдроми билан кечадиган касалликлар.....	57
3.3. Энтерит синдроми билан кечадиган касалликлар.....	62
3.4. Колит синдроми билан кечадиган юқумли касалликлар.....	69
IV БОБ. Сариклик синдроми билан кечадиган юқумли касалликларнинг эрта ва киёсий диагностикаси.....	88
4.1. Сариклик белгиси ҳақида умумий ахборот.....	88
4.2. Вирусли гепатитлар.....	93
4.3. Гепатозлар.....	104
4.4. Механик сарикликлар.....	105
4.5. Жигар усти сариклигида кузатиладиган касалликлар.....	107
4.6. Жигар циррозлари.....	109
V БОБ. Экзантема белгилари билан кечадиган касалликлар диагностикаси ва дифференциал диагностикаси.....	123
5.1. Экзантема белгилари ҳақида умумий маълумот, тошмалар турлари.....	123
5.2. Экзантема синдроми билан кечувчи касалликлар диагностикасини излаш алгоритми.....	132
5.3. Экзантема белгиси билан кечувчи касалликлар клиникаси ва диагностикаси	137
VI БОБ. Менингит ва менингоэнцефалит синдроми билан кечувчи касалликлар диагностикаси ва дифференциал диагностикаси.....	146

6.1. Менингит ва менингоэнцефалит белгиси хақида умумий маълумот.....	146
6.2. Менингококкли инфекция клиникаси ва диагностикаси.....	150
6.3. Менигококкли бўлмаган менингитлар клиникаси ва диагностикаси.....	155
Фойдаланилган адабиётлар.....	167

ҚИСҚАРТИРИЛГАН АТАМАЛАР РЎЙХАТИ

- АСТ - аспаратаминотрансфераза
- АЛТ - аланинаминотрансфераза
- цАМФ - циклик аденозин 3,5-монофосфат
- ВГА - вирусли гепатит А
- ВГВ - вирусли гепатит В
- ВГД - вирусли гепатит Д
- ВГС - вирусли гепатит С
- ВИЭФ – (КИЭФ) – қарши иммуноэлектрофорез
- ВОЗ (ЖССТ) - Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
- ДНК - дезоксирибонуклеин кислотаси
- ИФА - иммунофермент анализ
- КБР - комплементни боғлаш реакцияси
- МДХ - мустақил ҳамдўстлик давлатлари
- МНС - марказий нерв системаси
- ОИВ - ортирилган иммунтанкислиги вируси
- ПГАР – пассив гемаггютинация реакцияси
- ПЦР - полимераз (цепная) занжирли реакция
- РА - агглютинация реакцияси
- РНГА (ТГАР) – тўғри бўлмаган гемагглютинация реакцияси
- РНК - рибонуклеин кислотаси
- РП - реакция преципитация
- РПГА – Пассив гемагглютинация реакцияси
- РСК (КБР) – Комплементни боғлаш реакцияси
- ГАСР (РТГА) – гемагглютинацияни секинлаштирувчи реакция
- ТПК - Тиф- паратиф касалликлар
- УАШ – Умумий амалиёт шифокори
- УТТ- Ультратовуш текшируви
- ЎРВИ-Ўткир респиратор вирусли инфекция
- ЭБВ - Эпштейн - Барр вируси
- ЭЧТ- Эритроцитлар чўкиш тезлиги

КИРИШ

Юқумли касалликлар бўйича эпидемик вазият XX-асрнинг охиридан то ҳозирги кунгача бутун дунёда мураккаблигича қолмоқда. Жуда кўп ўта ҳавфли юқумли касалликлар тугатилаётганига қарамай, ривожланаётган мамлакатларда юқиш ўчоқлари сақланиб қолмоқда (ўлат, куйдирги, вабо ва бошқалар). Ривожланган мамлакатларда режали профилактик чора-тадбирлар туфайли бўғма, қоқшол, қизамиқ, полиомиелит касалликлари тугатилди. Ўзбекистонда ҳам ушбу касалликларга қарши кураш борасида жуда катта ишлар амалга оширилмоқда. 1995 йилдан бошлаб бўғма, қизамиқ, полиомиелит касалликларига қарши оммавий режали эмлашлардан ташқари, қўшимча миллий эмлаш кунлари ўтказилиб миллионлаб инсонлар қўшимча эмлашлар олдилар. Натижада XXI-аср бошига келиб бўғма, қизамиқ, полиомиелит касалликлари кескин камайди ва тугатилиш имкони туғилди. 2003 йили ЖССТ (ВОЗ) Ўзбекистон республикасини полиомиелитдан холи ҳудуд деб эълон қилди. Бу муддатларда республика худудига оғир парранда гриппи, чўчка гриппи келишини олди олинди.

Аммо, юқумли касалликларга хос алоҳида вазият бор. Бу авваллари кўп учраган юқумли касалликларни яна қайта кўпайиши, янги юқумли касалликларни пайдо бўлиши, вирусли инфекцияларни кўпайиб боришидир.

Маълумки юқумли касалликлар, юрак-қон томир, онкологик касалликлардан сўнг, кенг тарқалганлиги ва ёмон оқибатлари билан учинчи ўринда туради.

XXI-аср бошларига келиб “XXI-аср вабоси” деб номланган ОИВ – инфекциясини кўпайиб бориши кузатилмоқда. Бунга асосий сабаб, аҳоли миграциясини ортиши, ёшлар ўртасида наркоманияни ўсиши, палапартиш жинсий ҳаёт тарзини олиб бориш ҳисобланади.

Юқумли касалликларни ўз вақтида диагностика қилиш муҳим эпидемиологик ва клиник аҳамият касб этади. Кейинги йилларда касалликларни диагностикаси учун янги-янги усуллар, техника воситалари ихтиро қилинмоқда ва амалиётга кенг жорий этилмоқда. Замонавий диагностика усуллари шифокорга диагностикада яхши ёрдам беради, аммо шифокорни касаллик устида фикрлаши асосий ҳолатлардан бири бўлиб қолмоқда, чунки ҳар бир касалликни кечиши инсонларда ўзига хос бўлади, бир-бирига ўхшамайди.

Юқоридагиларни ҳисобга олганда, юқумли касалликларни ўз вақтида аниқлаш, яъни ташхислашни аҳамияти қанчалик муҳимлиги кўринади. Чунки юқумли касалликлар эрта аниқланса, даво чораларини самараси яхши бўлиши билан бирга, эпидемиологик нуқтаи назардан касалликни тарқалиши олди олинади.

I БОБ

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР ДИАГНОСТИКАСИНИ АСОСЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ

Касаллик диагнозини туғри аниқлаш учун врач аввало одам патологияси, текшириш усулларига оид умумий маълумотлардан ташқари турли юқумли касалликларга характерли симптомлар ва уларнинг моҳияти хақида етарли тушунчага эга бўлиши керак. Врач беморни синчиклаб текшириш усулини яхши билмоғи керак. Аниқланган ҳар бир симптомнинг патогенетик моҳиятини яхши тасаввур қилмоғи, уларнинг бир-бирига боғлиқлигини аниқлашга интилиши ва ниҳоят диагнозни тасдиқлаш учун беморни қандай қўшимча усуллар билан текшириш кераклигини аниқ билмоғи лозим. Бир хил инфекциялар ўткир қорин бўшлиғи касалликларига хос белгилар билан (иерсиниоз, псевдотуберкулёз ва баъзан сальмонеллёз), иккинчилари муртак безларининг зарарланиши билан (дифтерия, инфекцион мононуклеоз), учинчилари марказий нерв системанинг яллиғланишига характерли аломатлар билан (менингококк инфекцияси, вирусли нейроинфекциялар), тўртинчилари буйраклар зарарланиши симптомлари билан (геморрагик иситмалар, лептоспирозлар) ва яна бошқалари кўзларнинг зарарланишига хос белгилар билан (аденовирус инфекциялари) намоён бўлади ва беморлар медицинанинг турли соҳалари мутахассислари назоратида бўлишлари мумкин.

Юқумли касалликларнинг диагностикаси моҳият эътибори билан классик анъаналарга асосланган бўлсада, янги текшириш усуллари билан бойиб, имкониятлари кенгайиб бормоқда. Иккинчи томондан, кўпчилик юқумли касалликларнинг клиникаси охириги йилларда қисман ўзгариб қолдики, бунинг сабаблари ҳар хил. Уларнинг енгил, билинар-билинемас симптомлар билан ўтадиган шакллари кўпайди, шунинг оқибатида диагностикада баъзи қийинчиликлар туғилди. Юқумли касалликларга қарши эмлаш, гамма-глобулин, антибиотиклар ва бошқа препаратларнинг кенг қўлланилиши, шунингдек одамларда сенсibiliзация ҳолати кўпайиши кўпроқ учрайдиган бўлиб қолгани ҳам диагностикада қийинчиликлар туғдирмоқда.

Юқумли касалликларни имкони борича барвақт аниқлашнинг муҳимлиги ҳаммага маълум. Бу, биринчидан, давонинг самарали бўлишини таъминлайди, иккинчидан бемор барвақт касалхонага ётқизилади ва бинобарин ундан бошқаларга инфекция юқмайди. Юқумли касалликларнинг диагностикаси анамнезга оид маълумотларга, беморнинг шикоятига ва уни синчиклаб текширишда топилган объектив маълумотлар, лабораторияда ва тегишли диагностика асбоблари ёрдамида текшириш натижаларига асосланади.

Юқумли касалликлар диагностикасида беморни сўраб-суриштириб, шикоятлари, касалликнинг бошланиши, ривожланишини давомини бемор билан бўлган мулоқот пайтигача босқичма-босқич сўраб, хасталикни клиник кўринишларини, унинг белгиларини, белгилари мажмуасини, тараққиётини тўлиқ тасаввур қилган ҳолда врачдан катта касбий маҳорат талаб этади. Бу айниқса, юқумли касалликларга хос бўлганлиги сабабли ҳам муҳимдир. Шу билан бирга, касалхонагача бўлган даврда бемор қанақа даво олганлиги, айниқса антибиотиклар, гормонлар, маҳсус зардоблар, гаммаглобулинлар ва ҳоказо препаратлар касаллик кўринишини сезиларли, баъзан кескин ўзгатириб юборишини инобатга олмоқ керак. Шу аснода, беморнинг ҳамма вақт ҳам ўз аҳволига, касалликнинг айрим белгиларига жиддий эътибор бермасликни (камқувватлик, иштаҳани пасайиши, сийдик рангини ўзгариши) инобатга олиб, анамнезини тўплаганда бемор берган маълумот билан каноатланмай, қўшимча саволлар бериш зарур деб ҳисоблаймиз.

Хасталик белгиларини пайдо бўлишини босқичма-босқич, кунма-кун сўроқлаш лозим. Масалан, вирусли гепатит беморларда бошланғич (сарик олди) даврини барча белгилари, маълум вариант (диспептик, катарал, тумов, астеновегетатив, артралгик, бўғим оғриги ҳамда аралаш) кўзга яққол ташланиши мумкин. Тана ҳароратининг даражаси (эрталабки ва кечки ҳарорат) давомийлиги, умуминтоксикация белгилари, бош оғриғи, мушак зирқираши, лоҳаслик, уйқусизлик ва бошқалар, тошмалар пайдо бўлиш эҳтимоли (муддати, характери, жойлашиши, сероблиги). Ич бузилиши белгилари бўлган тақдирда, уларни бирма-бир аниқ ифода этиш (қусиш, унинг сони, ич кетиши ва унинг кўриниши, сони, патологик аралашмалар бор-йўқлиги, тўлиқ ва ёлғон тўлғоқлар). Сариклик белгилари билан кечувчи касалликларда гепатит беморларда сийдикни тўқлашиши, аҳлатни оқариши ҳамда сариклик пайдо бўлган саналарни аниқлаш муҳим аҳамият касб этади. Белгиларни изоҳ этишда давом этиб, уларни пайдо бўлган куни, соҳаси, йўқолган вақти ва янги белгилар қўшилиши саналарини босқичма-босқич аниқлаш тавсия этилади. Бу омиллар касаллик ривожланиши босқичларини яққол тасаввур этиш имконини беради.

Анамнезга, айниқса эпидемиологик анамнез маълумотларига алоҳида эътибор қилинади. Эпидемиологик анамнезга оид маълумот баъзан диагностика масаласини ҳал қилишда жуда муҳим ролни ўйнайди. Шу сабабдан уларни синчиклаб, астойдил тўплаш ва обдон таҳлил қилиб кўриш зарур. Эпидемик анамнезга суяниб, бемор қачон, қаерда, қандай вазиятда ва қандай йўл билан касалликни юқтирганига оид маълумотларни билиб олиш мумкин булади. Бу анамнез маълумотлари туғри йиғилса ва улардан туғри фойдаланилса, касаллик

диагностикаси анча осонлашади. Бемор у ёки бу юқумли касаллик билан оғриган одамга яқин юргани ҳақида аниқ хабар берса, табиийки, врач аввало ана шу касаллик ҳақида ўйлайди ва шу йўналишда текширади. Бошқа бир холларда бемор касби туфайли ҳайвонларга яқин юришини маълум қилса, врачда ҳайвонлардан юқадиган касалликлар ҳақида фикр туғилади. Бошқа бир бемор врачга бирон юқумли касалликнинг эпидемияси ёки эпизоотияси қайд этилган жойдан келганлиги ҳақида маълумот берса, шу касалликлар ҳақида шубҳа бўлади. Бундан ташқари, бемор билан суҳбатлашаётганда уни турли ҳашоратлар чакқан-чақмаганлиги, жароҳат олганлиги, операция қилинган ёки қилинмаганлиги, кейинги бир-неча ойда тиббий муассасаларда даволаниб, муолажалар олган-олмаганлиги, қон ва уни препаратлари қуйилганлиги, стоматологда даволанганлиги ҳақидаги маълумотлар диагностика учун муҳим ҳисобланади, касалликни аниқлашда ҳал қилувчи ролни ўйнаши мумкин.

Анамнезлар йиғилгандан сўнг, беморни синчиклаб кўздан кечирилади. Аввало умумий аҳволига баҳо берилади, эс-хуши ҳолати қай аҳволда эканлиги аниқланади.

Бемор терисининг рангига эътибор берилади, териси оқарган, қизарган (гиперемия) ёки сарғиш бўлиши мумкин. Терида баъзан турли тошмалар (розеола, петехия, папула, везикула, пустула, кўтир) бўлади. Ана шу тошмаларнинг қачон пайдо булгани, терининг қаерида жойлашгани жуда муҳим диагностик аҳамиятга эгадир.

Шиллик пардалар диққат билан кўздан кечирилади. Шиллик пардаларнинг кўриниши, улардаги энантемалар касаллик диагнозида баъзан ҳал қилувчи ролни ўйнайди. Масалан, лунж шиллик пардасида Филатов-Коплик доғлари топилиши қизамиқнинг патогномоник симптомидир. Дифтерия, скарлатина, инфекцион моноклеозда бемор томоғи шиллик пардасида жуда характерли ўзгаришлар юз беради ва улардан диагностикада фойдаланилади.

Периферик лимфа тугунларини (жағ ости, қўлтиқ ости, чов соҳасидаги лимфа тугунларини) яхшилаб текшириш жуда муҳим. Бу лимфа безлари ўлат, туляремия, бруцеллёз, инфекцион моноклеоз, захм, спид касалликларида шишиб, катталашади. Бу безларни текширганда уларнинг катталигига, қаттиқ ёки юмшоқлиги, оғриш-оғримаслиги, атрофдаги тўқималарга ёпишган-ёпишмаганлигига эътибор берилади.

Бемор ички органларининг ҳолати ҳам тартиб билан бирма-бир текшириб чиқилади. Сўнгра бемор лаборатория усуллари билан текширилади. Аввало ҳамма беморларнинг (касалликнинг туридан қатъий назар) периферик қони ва сийдиги текширилади. Анамнез ва беморни текширишда олинган

маълумотларни чуқур таҳлил қилиб, врач диагноз ҳақида бир хулосага келади. Кўпинча гемограмма ва урограмма дастлабки фикрни тасдиқлайди ва диагноз масаласи ҳал бўлади. Кейинги текширишлар диагнозни яна бир марта тасдиқлайди. Симптом, синдром ва симптомкомплекс ҳақида аниқ тушунчага эга бўлиш клиник диагностика учун жуда муҳим.

Беморни текширганда аниқланадиган касалликнинг ҳар қандай белгиси симптом деб аталади. Симптом беморни объектив текшириш жараёнида ёки лаборатория усуллари ёрдамида аниқланиши мумкин.

Юқумли касалликларнинг кўпчилигида учрайдиган умумий симптомлар борки, уларнинг ҳар бири ўз ҳолича олинадиган бўлса, алоҳида диагностика аҳамиятга эга бўла олмайди. Масалан, ҳарорат кўтарилиши, эт увишиши, қайт қилиш, уйқу бузилиши, иштаҳа бузилиши, дармон қуриши ва бошқалар шулар жумласидандир. Патогномоник симптомлар деб юритиладиган касаллик белгилари фақат маълум бир дардга хос бўлади, бошқача айтганда, бу симптом фақат битта нозологик касалликдагина аниқланади ва бошқа касалликларда учрамайди, бинобарин диагностика масаласини ҳал қилувчи симптом аломат бўлиб ҳисобланади. Масалан, қизамиқда бемор лунжи шиллик пардасида пайдо бўладиган Филатов-Коплик доғлари, қоқшолда чайнаш мускулларининг қисқариб тортишиб қолиши (тризм), қутиришда сувдан кўрқиши ва ҳ.

Юқумли касалликлар диагностикасида ҳар хил лаборатория усуллари кенг қўлланилади. Этиологик диагнозни аниқлаш учун бактериологик, вирусологик, паразитологик, иммунофлюоресцент усуллардан фойдаланилади.

Бактериологик усул. Бемордан олинган материал (қон, нажас, сийдик, балғам, қусуқ, орқа мия суюқлиги) маҳсус озуқа моддаларига экилади ва касаллик кўзғатган микроорганизм ажратиб олинади. Бу текшириш усули керакли асбоб-ускуналар билан жиҳозланган маҳсус бактериологик лабораторияларда амалга оширилади.

Вирусологик усул. Вирусологик усул анча мураккаб ҳисобланади. Вирусларни кўпайтириш учун маълум турдаги тирик тўқималар ёки товук эмбриони керак булади. Вируслар ҳужайралар ичида паразитлик қилиб яшашга мослашган, шу сабабдан улар оддий озуқа моддаларида кўпаймайди.

Паразитологик усул. Бу усул билан диагнозни аниқлаб олиш учун, паразитларни топиш мақсадида қўлланилади. Беморнинг қони (безгак касаллигида) ва кўмиги (лейшманиозда), қони ва лимфа тугунлари (трипаносомозда, токсоплазмозда), аҳлати (амёбиазда, балантидиозда) ва ўн икки бармоқ ичакдаги суюқлигидан суртма тайёрлаш (лямблиозда) йўллари

билан тегишли паразитлар изланади. Тайёрланган суртмалар маҳсус бўёқлар билан бўялади.

Иммунофлюоресценция (Куне усули) зудлик билан диагнозни ойдинлаштириш учун қўлланиладиган усулдир. Бу усул антиген - антитело комплексининг ўзига хос тарзда товланиб, нур сочишига асосланган. Текшириладиган материал ўзига хос, маҳсус зардоб билан аралаштириб, ишлангандан сўнг бир неча минут ўтгач реакция жавоби маълум бўлади.

Серологик текшириш усуллари. Ҳозирги замон тушунчасига кўра, бирон бир патоген микроб кирганда, яъни инфекция жараён юз берганда ёки одам эмланганида организмда антителолар пайдо бўлади.

Серологик усул билан текшириладиган беморнинг қон зардобида специфик антителолар борлиги аниқланади. Бу текширув тайёр холдаги маълум антиген ёрдамида амалга оширилади. Бактериялар ва бир ҳужайрали паразитлар қўзғатган инфекцияларда антиген сифатида тирик ёки ўлдирилган бактериялар ва паразитлар ишлатилади. Баъзан ана шу микроорганизмларнинг экстракти ёки кимёвий фракциялари ҳам қўлланилади. Вирусли инфекцияларда антиген сифатида аллантаоис ва амниотик суюқлик товуқ эмбрионининг хорионалантаоис пардаси ва сариқлик халтаси, шунингдек вируслар юктирилган ҳайвонларнинг органларидан тайёрланган суспензия ишлатилади.

Зарурият туғилганда жуда ишончли далилларни олиб, яъни касаллик диагнозини тасдиқлаш учун текшириладиган бемордан икки марта (касаллик бошланишида ва иккинчи марта турли муддат ўтгач) зардоб олинади. Бундай қилинганда, вақт ўтиши билан реакция титри қандай ўзгариши, яъни қонда антителолар миқдорининг кўпайиши ёки кўпаймаслиги аниқланади. Вирусли инфекцияларда иккинчи марта қўйилган реакция титри 4 барабар ва ундан зиёдроқ кўпайган тақдирдагина реакция ижобий ҳисобланади ва диагностик аҳамиятга эга бўлади.

Полимераз занжирли реакция (ПЦР). Кейинги йилларда диагностикаси қийин бўлган вирусли инфекцияларда қўлланиладиган усуллардан бири бўлиб, бу таҳлил усули билан вирус таркибида сақланган асосий оксилларни (ДНК, РНК), нуклеин кислоталарни аниқлаб, қайси вирус касалликни чақирганлиги аниқланади, ишончлилиқ даражаси юқори ҳисобланади.

Бактериялар қўзғатадиган юқумли касалликларда агглютинация, гемагглютинация, преципитация, комплементни бириктириш реакциялари кенг қўлланилади.

Вируслар қўзғатадиган касалликларда эса гемаггютинацияни тормозлаш, комплементни бириктириш, гемадсорбцияни кечиктириш, нейтраллаш реакцияларидан фойдаланилади.

Оҳирги йилларда паразитар ва вирусли касалликлар диагностикасида иммунофермент усули қўлланилмоқда. Бу усул ўта специфик сезувчан бўлиб, қисқа муддатда натижа беради. Юқумли касалликларнинг серологик диагностикасида бу янги усул – бемор зардобидаги антителоларнинг қайси иммуноглобулинлар гуруҳига (IgM, IgG, IgA ва бошқаларга) мансублигини аниқлаш усули қўлланила бошлади. Бу усул юқумли касалликни сунъий эмлаш натижасида юз берадиган ўзгаришлардан ва шунингдек бирламчи хасталликни қайтадан ривожланган касалликдан фарқлаш имконини беради. Ниҳоят, бу усул натижаларига суяниб, инфекцион жараённинг турлича даврларини аниқлаш мумкин бўлади.

Юқумли касалликлар диагностикасида аллергик реакция кенг қўлланилади. Патоген микробдан тайёрланган махсус аллерген беморнинг териси орасига 0,1 мл микдорида юборилади, ёки терининг шилинган жойига суртилади. Организмда касаллик авж олиб борар экан, беморнинг тўкима ва ҳужайралари патоген микроб ва унинг токсинига нисбатан ўта сезувчан бўлиб қолади (сенсibiliзация), шу сабабдан бемор организми ана шу антиген (аллерген) парентерал усул билан юборилганда бунга алоҳида аллергия реакцияси билан жавоб беради. Терининг аллерген юборилган ёки суртилган жойида 24—48 соатдан кейин яллиғланиш юз беради, бу реакциянинг ижобий бўлиб чиққанини билдиради.

Ҳозирги вақтда аллергик реакциялар қатор юқумли касалликлар диагностикасида кенг қўлланилмоқда. Масалан, бруцеллёзда бемор териси орасига бруцеллин (Бюрнэ реакцияси), туляремияда тулярин, силда туберкулин, манқа касаллигида малеин, дизентерияда дизентерин, токсоплазмозда токсоплазмин юбориб кўрилади. Оҳирги йилларда бемор организмида сенсibiliзация ҳолати юз берганини бемор терисига аллерген юбормасдан, лаборатория шароитида пробиркалар ичида (*in vitro*) аниқлаш усуллари ишлаб чиқилди. Бу усулларнинг муҳим афзаллиги шуки, бунда беморга яна аллерген юбориб, сенсibiliзация ҳолатини янада кучайтириш, чуқурлаштиришга ҳожат қолмайди. Лейкоцитларнинг зарарланганини (парчаланганини) аниқлаш; лейкоцитлар миграциясини тормозлаш; лимфоцитларнинг бласт трансформациясини текшириш ана шундай янги усуллардандир. Лейкоцитларнинг зарарланганини текшириш усули специфик аллерген таъсирида сенсibiliлашган лейкоцитлар (нейтрофиллар) нинг

деформацияга учраганини — шакли бошқа бўлиб қолганини аниқлашга асослангандир.

Лейкоцитлар миграцияси тормозланишини текшириш усули специфик аллерген таъсирида сенсibilланган хужайралар (лейкоцитлар) миграция зонасининг қисқаришини аниқлашдан иборат.

II БОБ

ИСИТМА СИНДРОМИ БИЛАН КЕЧУВЧИ ЮКУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

2.1. ИСИТМА ҲАҚИДА УМУМИЙ АХБОРОТ

Юқори ҳарорат – бу кўпгина юқумли ва юқумли бўлмаган касалликларда учрайдиган белгидир. Айрим ҳақимлар беморда юқори ҳарорат бўлса, дарров юқумли касаллик ҳақида шубҳа қилади. Аксарият юқумли касалликларда юқори ҳарорат кузатилиши қиёсий ташхисотни қийинлаштиради. Бундан ташқари, кўпгина касалликларнинг бошланғич даврида тана ҳарорати кўтарилади, лекин уларнинг хусусиятлари (параметрлари) тўла юзага чиқмаган бўлади.

Иситма деганда шуни тушуниш керакки, бу тана ҳароратининг терморегулятор кўтарилиши ҳисобланиб, касалликка қарши организмнинг ташкиллаштирилган ва мувозанатлаштирилган жавоб реакциясидир, яъни организмнинг ўзи тана ҳароратини меъёрдан юқори кўтарилишига ҳаракат қилади (М.И.Лоурин 1985).

Тана ҳароратининг кўтарилиши организмда ҳосил бўлаётган иссиқлик билан унинг ташқарига берилиши орасида дисбаланс ҳисобига терморегуляцияга боғлиқ бўлмаган холда кузатилади - бунга гипертермия дейилади. (Иссиқлик уриши, гипертиреоз, айрим захарланишларда, зўриқиб ишлаш, жисмоний зўриқиш, овкатлангандан сўнг, циркад ритмлар).

Беморда, иситма борлигини аниқлагандан сўнг иситманинг ҳамма параметрларини назарда тутган холда қиёсий ташхисоти ўтказилади. Биринчи навбатда юқумли бўлмаган касалликлар билан. Юқумли касалликларни ташхис қилишда ҳақим иситманинг ҳамма характерли томонларини назарда тутиши лозим. Яъни давомийлиги, юқорилиги, ҳамда ҳарорат эгри чизиклари билан фарқланади. Е.С. Матковский, А.П. Казанцев (1970 й.) бўйича иситма реакциясининг давомийлиги бўйича ўткир (2 ҳафтагача), ўткир ости (6 ҳафтагача) ва сурункали (6 ҳафтадан кўп) турлари фарқланади.

Ҳароратнинг юқорилигига қараб, субфебрил ҳарорат ($37-38^{\circ}\text{C}$), ўртача юқори, яъни фебрил, юқори, яъни пиретик ($39-41^{\circ}\text{C}$) ва ўта юқори, яъни гиперпиретик (41°C дан юқори) турлари мавжуд.

Температура эгри чизиклари турлари.

1. Доимий иситма (febris continua) – бунда тана ҳарорати ўртача юқориликда ёки юқори бўлган холда кунлик ўзгариши $1,0^{\circ}\text{C}$ дан ошмайди. Бу

кўпроқ қорин тифи, тошмали тиф, ўлат, қизамиқларнинг авжига чиққан даврида кузатилади.

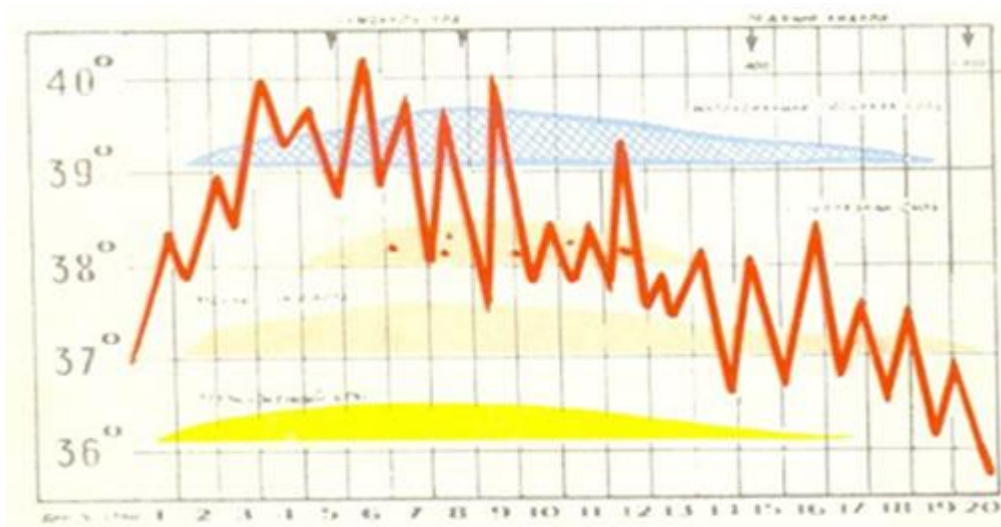
2. Бўшаштирувчи, яъни ремиттирловчи иситма (*febris remittens*) ҳароратни суткалик ўзгариши, фарқи 2-2,5 °С атрофида бўлади. Масалан, йирингли касалликларда, паратиф А касаллигида, КУ иситмасида, канали қайталанувчи тифда, мелиоидозда.

3. Алмашиб турувчи, яъни интермиттирловчи иситма (*febris intermittens*) ҳароратни юқорилигида катта ўзгариш бўлиб, пароксизмал хуруж ва апирексия даврлари билан тартибда алмашиб туради. Масалан: 3 кунлик ва 4 кунлик безгакларда.

4. Гектик, яъни холсизлантирувчи (*febris hectica*) истима. Суткалик ҳароратнинг ўзгариши жуда катта, ҳатто ремиттирловчи ҳароратдан ҳам, яъни 3-5,0 °С фарқи билан, ҳамда ҳароратни тез меъёрда ва ундан ҳам пастга тушиши билан характерланади. Масалан: сепсисда, сил касаллигининг оғир шаклларида.

5. Қайталанувчи иситма (*febris recurrens*). Бунда бир неча кунлик иситма даври ҳар хил давомийликдаги иситмасиз даври билан алмашиб туради. Иситма даври бирдан бошланади ва бирдан тугайди.

6. Тўлқинсимон иситма (*febris undulans*) тана ҳарорати кундан кунга аста секин кўтарила боради. Токи юқори ҳароратгача кўтарилади ва аста секин пасайиб боради. Шундай тўлқин қайталанаверади (1-расм). Масалан: Қора оқсоқда. Қайталанувчи иситмадан секин аста тушиши билан фарқланади.



1- расм. Тўлқинсимон истима

7. Ўзгартирилган иситма (извращенная) (*febris inversa*). Эрталабки ҳароратни кечкига қараганда юқори бўлиши билан характерланади. Масалан : силда, сепсисда ва бошқа касалликларда учрайди.

8. Нотекис (нотўғри) иситма (febris irregularis et atipika) – ҳарорат юқори ёки ўртача юқориликда бўлиб, суткалик ўзгаришлар ҳар хил нотартиб бўлади. Бундай иситмалар менингитда, гриппда, сибир ярасида ва бошқаларда учрайди. Истима турлари 2-расмда кўрсатилган.

Кўпчилик юқумли касалликларда ҳарорат эгри чизиғи бир хил соф ҳолда ёки ҳар хил комбинацияда учраши мумкин.

Температура чизиқлари босқичлари (стадиялари), 3-расмда учрайдиган касалликлар бўйича кўрсатилган ва қуйидаги даврлари ажратилади:

1. Ҳароратни кўтарила бориш босқичи (stadium incrementi) бир неча соатдан (безгак, сарамас, тошмали тиф) бир неча кун, ҳатто ҳафтагача (қорин тифи, бруцеллёз, сепсис) давом этиши мумкин.

2. Авжигача чиқиш босқичи (stadium fastigii) бир неча соатдан (безгак) бир неча кун, ҳафталаб (қорин тифи, бруцеллёз, сепсис) давом этиши мумкин.

3. Ҳароратни тушиш босқичи (stadium decrementi) – қисқа ёки узоқ бўлиши мумкин. Қисқа вақтда тушиши юқори ҳароратдан меъёргача – критик тушиш дейилади. (1-3 соатгача). Масалан: безгак, қайталанувчи тиф.



2-расм. Истима турлари.

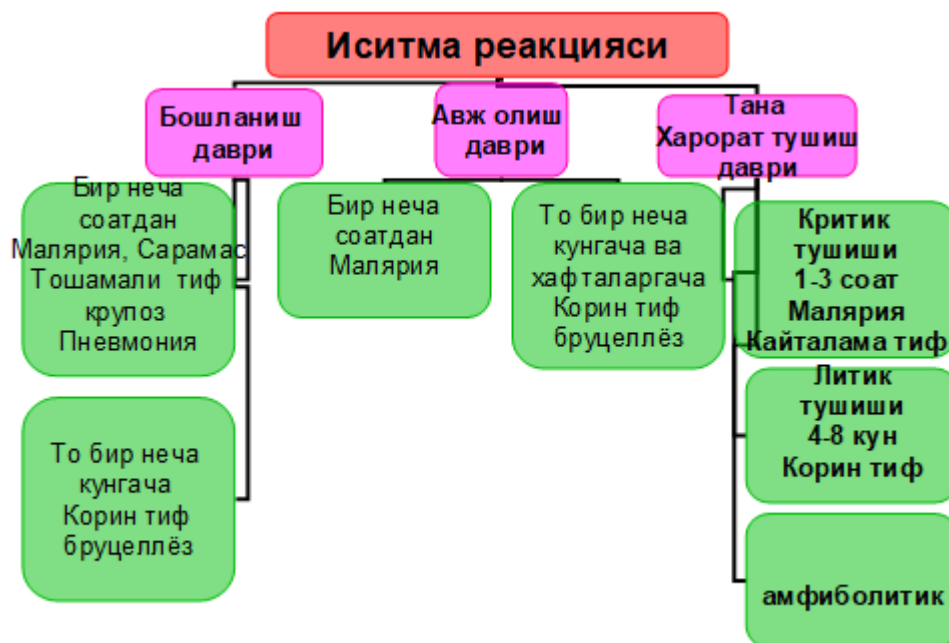
Айрим ҳолларда амфиболик тушиш кузатилади, бунда суткалик фарқи катта бўлади. Агар ҳарорат 2-3 кунда меъёрга тушса, қисқа лизис билан тушиш деб аталади.

Иситма ва интоксикацияни динамикада солиштириб, касалликнинг бошланғич даврига характеристика бериш мумкин. Касалликнинг ўткир бошланишида ҳарорат 1-3 кун ичида юқори даражада бўлади ва кучли

қалтираш ва бошқа интоксикацион белгилар намоён бўлади. Касаллик аста-секин бошланганда, ҳарорат аста-секин 4-7 кун давомида кўтарилиб боради, бир оз қалтираш, ўртача интоксикация билан кечади.

Шуни назарда тутиш керакки, эрта этиотроп даво бошланганда ҳарорат эгри чизиғи бирмунча ўзгариб кетиши мумкин. Ташхис қўйишда буни эътиборга олиш керак.

2.2. АЙРИМ ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА ИСИТМАНИ ЎЗИГА ХОСЛИГИ



3-расм. Юқумли касалликларда иситманинг кечиши.

Тиф-паратиф касалликлар (ТПК): ТПКда иситма доимий ва ўзига хос белгиларидан бири ҳисобланади. Ўтган асрнинг ўрталарида немис олими Вундерлих тиф-паратиф касаллигида кузатиладиган ҳарорат чизиғига тўлиқ таъриф берган. Унинг кузатишича, трапециясимон ҳарорат чизиғининг биринчи фазасида (ҳароратни кўтарила бориши) бир ҳафтача давом этса, иккинчи фазаси (авжига чиқиш) 2-3 ҳафта давом этади. Учинчи фазаси ҳароратни туша бориши бир ҳафта бўлади. Кўпчилик ҳолда учинчи фазада амфиболитик тушиш кузатилади.

С.П.Боткин (1880) кузатишларида 8,1% ҳоллардагина Вундерлих типигаги ҳарорат чизиғи учраган. Қолган ҳолларда тўлқинсимон ҳарорат чизиғи кузатилган.

И.С.Кильдюшевский (1896). ТПК касаллигида ҳарорат нисбатан тезроқ (1-3 кун ичида) юқори даражага кўтарилиши ва жуда аста-секинлик билан тушиш ҳолатлари ҳам кузатилган.

Антибиотикларни кўп қўлланиши туфайли ҳароратнинг давомийлиги анча қисқариб, кўпчилик ҳолларда антибиотик бошлангандан сўнг, 4-5 кун ичида ҳарорат меъёрига тушмоқда (полирезистент штаммлари ҳам бор).

Охириги йилларда қорин тифида антибиотик берилмаган тақдирда ҳам ҳарорат давомийлиги 2-3 ҳафтагача камайган. Ҳарорат реакциясининг интенсивлиги ҳам ўзгара бормоқда. Авваллари иситма 40°C ва ундан юқори бўлган бўлса, ҳозирда эса $38-39,5-40^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилган ҳолатлар кузатилмоқда. Айрим ҳолларда субфебрил истима билан ҳам кечиши мумкин. (Л.В. Захарова, 1981). Истимани кўтарилиши нисбатан тезроқ юқори даражага чиқмоқда.

Кейинги йилларда кўпроқ тўлқинсимон ҳарорат чизиғи, трапециясимонга қараганда, кўп учрамоқда. Кўпинча иситмани ремиттирловчи ёки нотекис ремиттирловчи иситма турлари кузатиляпти. Оғир кечган ҳоллардагина доимий иситма чизиғи учрайди. Яримдан кўпроқ беморларда иситма қисқа, лизис билан қайтмоқда (Л.В. Захарова, 1981).

Шундай қилиб, 1980 йиллардаги қорин тифи кечишида тана ҳарорати нисбатан тезроқ кўтарилиши, юқори ҳароратни нисбатан қисқароқ давом этиши ва қисқа лизис билан тушиши характерлидир. (В.А.Постовит, 1988).

Клиникасини ривожланиш даврлари билан кўриб чиксак, ичтерламада яширин давр 7 кундан 21 кунгача бўлади. Ўрта ҳисобда, 14 кун давом этиши мумкин. Бу даврда касаллик аломатлари бўлмайди. Бу хасталик ўзига хос кечганида, аломатларининг аста-секин пайдо бўлиши, чўзилиб авжига чиқиши ва яна аста сўниши кузатилади. Аввал касалликнинг умумий аломатлари пайдо бўлади. Бемор ўзини нохуш сезади, қуввати кун сайин камайиб боради, кўнгли овқат тусамайди, иштаҳаси йўқола боради. Ишда тез чарчаб қолади. Кўпроқ ётгиси келади. Бу аломатлар анча секинлик билан орта боргани туфайли, бемор касаллик бошланган кунни аниқ айтиб беришга ҳам қийналади. Касалликнинг муҳим аломатларидан бири - бош оғриши. Бу оғриқ ҳам кун сайин зўрая боради. Бошнинг ҳамма қисми туташ оғрийди.

Тана ҳарорати ҳам аста-секин кўтарила боради. Одатда, кечкурунги ҳарорат эрталабкисидан юқорироқ, бугунгиси - кечагидан ортиқроқ бўлиб аста кўтарила боради. Ҳар куни ҳарорат $0,2^{\circ}\text{C}-0,3^{\circ}\text{C}$ даражага орта боради.

Биринчи ҳафта охирига келиб, бу аломатлар авжига чиқади. Ушбу даврда тана ҳарорати $39-40^{\circ}\text{C}$ гача етади. Интоксикация аломатлари орта боргани сари дармонсизлик авжига чиқади, бемор ётиб қолади. Иштаҳа бутунлай

йўқолади, ич юриши қийинлашиб, қабзият кузатилади. Беморни атрофга ҳеч қандай қизиқиши қолмайди, ўз дарди билан “овора” бўлиб қолади. Уйқиси бузилади.

Айрим беморларда касаллик ўткир, ўткир ости ҳолда бошланиши ҳам мумкин. Бундай ҳолда юқоридаги баён этилган аломатлар 2-3 кун давомида авжигача чиқади. Баъзан касалликнинг дастлабки даврида ич кетиши кузатилади. Касаллик ўткир бошланганида қўл-оёқ бўғимлари, бел зирқираб оғриши ҳам мумкин.

Касаллик авжигача чиққан даврда тана ҳарорати баъзан 1-2 ҳафта 39-40⁰С да сақланиб туради. Бунда эрталабки ва кечки кўрсаткичидаги фарқ 1⁰С дан ортмайди (доимий ҳарорат). Кейинчалик ҳарорат аста-секин (баъзан 2-3 кун ичида) пасайиб, меъёрига етади. Шунинг учун касаллик типик кечганида иситма эгри чизиғи трапецияни эслатади ёки тўлқинли бўлиши мумкин.



4- расм. Қорин соҳасидаги розеолёз тошмалар

Беморни кўздан кечирганда, касаллик авж олган даврдаги ҳолати анча характерли. Ҳарорат юқори бўлишига қарамай, тери оқарган бўлади. Беморда безовталаниш аломатлари бўлмайди. Аксинча, у хомуш, паришонхотир бўлади. Касаллик оғир кечганида бемор хушсиз ҳолатда бўлиши мумкин.

Касалликнинг 7-8 кунидан бошлаб қорин терисида пушти ранг розеолалар пайдо бўлади. Улар кичкина (диаметри одатда 0.5 см дан ортмайди), думалоқ шаклда бўлади (4-расм). Розеолалар сони унчалик кўп бўлмайди (10-15та), атрофидаги теридан кескин ажралиб туради, босиб кўрилганда ёки терини таранг қилинса йўқолади. Одатда 4-5 кундан сўнг розеолалар из қолдирмай йўқолади. Баъзан биринчи розеолалар йўқолгач, ён атрофда қайтадан тошма пайдо бўлиши мумкин. Айрим ҳолларда розеола кўкрак, биқин соҳаларига ҳам тошади. Розеола тошмалари тиф-паратиф касалликларига хос белги ҳисобланади.

Беморнинг томир уриши тезлашади. Аммо, у ҳарорат кўтарилишига мос келмайди. Одатда тана ҳарорати 1°C кўтарилганида, томир уриши бир дақиқада 10 тага тезлашади. Ичтерламада эса ундан камроқ тезлашади. Масалан, бошқа касалликларда ҳарорат 40°C бўлганида томир уриши минутига 120-130 марта бўлади. Ичтерламада эса, 100-110 та бўлиши мумкин. Бундай ҳолат томир уришининг ҳароратдан орқада қолиши ёки нисбий брадикардия дейилади.

Томир уриш таранглиги ҳам пасаяди, баъзан дикротик (кўш тўлқинли) пульс аниқланади. Қон босими пасаяди. Юракни эшитиб кўрганда, тонлари тўмтоқлашади, баъзан систолик шовқин ҳам эшитилади.

Ўпкани эшитиб кўрганда, бронхлар яллигланиши ёки ўчоғли пневмония аломатлари бўлиши мумкин.

Овқат ҳазм қилиш йўллари текширганда касалликка хос кўпгина белгилар аниқланади. Хасталикнинг биринчи ҳафтаси охиридан бошлаб лаблар ва тил қуруқ бўлади, катталашади ва оқ рангли караш билан қопланади. Тил чеккаларида тиш излари тушиб қолади. Баъзан оғиздаги микроблар фаоллиги ошиб, тилнинг яққол яллигланиш аломатлари кўринади. Унда тил кулранг караш билан қопланади. Инфекция жағ безларига тарқалса, паротит ривожланади. Айрим ҳолларда тилдан майда қон томирлари ёрилиб, тил устида кўнғир рангли караш пайдо бўлади.

Томоқни кўздан кечирганда бодомча безлари катталашганини кўриш мумкин. Баъзан касалликнинг дастлабки кунларида ангина аломатлари бўлади. Уни Дюге ангиnasi дейилади.

Куп ҳолларда қорин кўпчиган, шишган бўлади. Пайпаслаб кўрилганда, қоринда, айниқса, ўнг ёнбош соҳасида қулдириш ва оғриқ аниқланади. Касалликнинг 2-ҳафтасидан бошлаб жигар ва талоқ катталашади. Ич келиши камаяди, кўпинча қабзият кузатилади.

Кўп ҳолларда касаллик бошланганидан 2-3 ҳафта ўтгач, аста-секин тузалиш даври бошланади. Ҳароратнинг туша бошлаши, бош оғриғи камайиши,

беморда иштаҳа пайдо бўлиши тузалишнинг дастлабки белгилари ҳисобланади. Яна бир муҳим аломат - сийдик ажралишининг кўпая бошлаши ҳам тузалишдан дарак беради. 1-2 ҳафта ичида ҳарорат пасая бориб, меъригача тушади. Шунга монанд равишда беморнинг аҳволи ҳам яхшиланиб боради. Иштаҳа очилади, уйқу яхшиланади, бош оғриши бутунлай йўқолади. Аста-секин қувват пайдо бўлади. Тилдаги қараш йўқолади, жигар ва талоқ кичрайиб, ўз ҳолатига қайтади. Гемограммада: авжига чиққан даврида лейкопения, нисбий лимфоцитоз, ЭЧТ бироз ошган ёки меъёрда булади.

Касаллик авжига чиққан даврда (2-3 ҳафтада) оғир оқибатлар: ичакдан қон кетиши ва ичак тешилиши мумкин.

Ичакда қон кетиши камроқ, қисқа муддатли ёки аксинча, кўп ва узок муддатли бўлади. Бирданига кўп қон кетганида беморнинг ранги тўсатдан кескин оқаради, томир уриши ғоят тезлашади. Қон босими яна ҳам пасайиб кетади. Тана ҳарорати қисқа муддатга меъригача тушиб қолиши мумкин. Қондаги эритроцитлар ва гемоглобинлар миқдори камайиб кетади. Оғир ҳолларда коллапс – ўткир юрак-томир етишмовчилиги кузатилади. Орадан 2-3 кун ўтгач, ич қора рангли бўлиб келиши ичакдан қон кетганини билдиради.

Ичакдаги яранинг тешилиши ғоят оғир асоратлардан ҳисобланади. У кўпроқ касалликнинг 3-4 ҳафталарида рўй беради. Яра ичакда чуқур жойлашган ҳолларда унинг бутун деворига (шиллик қаватидан сероз пардасигача) тарқалиб, озгина кучаниш, ҳатто ичак перистальтикаси таъсирида тешилиб кетиши мумкин. Бу жараён содир бўлганида, ичак ичидаги модда қорин бўшлиғига тушади. Айнан ўша дақиқада бемор қорнида қандайдир енгиллик сезгандек бўлади. Бироздан сўнг қориннинг ўнг ёнбош қисмида оғриқ юзага келади. Қоринни пайпаслаб кўрганда оғриқ кучаяди. Ичак тутқичи яллиғланишига хос бўлган Шчёткин-Блюмберг симптоми пайдо бўлади. Қорин мускуллари қисқа муддатга таранглашади. Кейинчалик қорни кўпчийди. Томир уриши тезлашади, бемор терлайди. Қонни текшириб кўрилганида лейкопения ўрнига лейкоцитоз пайдо бўлади.

Ичтерламанинг булардан бошқа асоратлари ҳам учраб туради. Пневмония, холецистит, отит, паротит, пиелонефрит, тромбофлебитлар шулар жумласига киради. Касалликни антибиотиклар билан даволаш амалиётга тадбиқ этилганидан бери бу асоратлар кам учрамоқда.

Касаллик кўп ҳолларда тузалиш билан тугайди. Баъзан беморларда тузалиш даври бошланганида зўриқиш (узилиш) кузатилади. Унинг асосий белгиси – пасая бошлаган иситманинг яна қайта кўтарилиши ҳисобланади. Шунингдек, беморнинг умумий аҳволи ҳам оғирлаша бошлайди. Интоксикация

аломатлари ортади. Бош оғриши кучаяди. Уйқу бузилади. Ётиш тартибига риоя қилинмаганида, пархез бузилганида ёки турли стресс омиллар таъсирида ичтерлама билан оғриган беморнинг қайталаниши кузатилади. Бунда қайтадан кўтарилган иситма 2-3 кундан бир неча кунгача сақланиб туриши мумкин. Бемор бундай зўриқишларни оғир ўтказади, чунки у дастлабки хасталиқдан ҳали ўзига келиб улгурмаган, иммунитет тўла тикланмаган бўлади. Ичтерламанинг зўрайиши касалликнинг оғир оқибатлар билан тугалланиш эҳтимолини оширади.

Баъзан бемор ичтерламадан тузалганидан сўнг, орадан 1-2 ҳафта ўтгач, касаллик қайталаниши кузатилади. Уни тиббий иборада рецидив деб аталади. Рецидив рўй беришига, кўпинча беморнинг тезда ишга киришиб кетиши, толиқиб қолиши, етарли овқатланмаслиги сабаб бўлади. Ёз кунлари офтобда узоқ юриш ҳам хасталиқ қайталанишига олиб келиши мумкин. Рецидивда касаллик аломатлари қайтадан пайдо бўлади ва аввалгидек, маълум қонуният билан кечади. Одатда, рецидивлар асосий касалликка нисбатан енгилроқ ўтади, иситмалаш даври қисқароқ бўлади. Рецидивлар 2-3 марта такрорланиши ҳам мумкин.

Касалликнинг баён қилинган аломатлар билан кечиши кўпроқ учраб турса ҳам, унинг енгил, сезилар-сезилмас аломатлар билан, баъзан “оёқда” юриб ўтказадиган ҳоллари ҳам учраб туради. Лекин, оғир асоратларни рўй бериши касалликнинг қандай оғирликда кечиши билан тўлиқ боғлиқ эмас. Жумладан, баъзан 1-2 кун иситмалаб, “тузалиб” кетган беморларда орадан 2-3 ҳафта ўтгач, тўсатдан ичак тешилиши рўй берган ҳоллар ҳам учраб туради. Ичтерламанинг ғоят енгил – ҳарорат бироз кўтарилиши, интоксикация деярли рўй бермайдиган атипик (амбулатор) шакллари ёки 2-3 кунлик иситма, енгил интоксикация билан чекланиб ўтиб кетадиган абортив турларини вақтида аниқлаш қийин. Бундай ҳолларда, ҳам эпидемиологик нуқтаи назардан (касалликни атрофдагиларга тарқатиш жиҳатидан), ҳам асоратлар кузатилиши мумкинлигидан, ҳавфли ҳисобланади.

Диагностикаси. Ичтерламада, юқорида эслатиб ўтилганидек, ўзига хос аломатлар: яққол ифодаланган интоксикация, ҳарорат, аста-секин кўтарилиб, узоқ сақланиб туриши, терида розеола тошмалари, томир уришининг ҳароратдан орқада қолиши (нисбий брадикардия) бўлган ҳолларда клиникасига асосланиб ташхис қўйиш қийин эмас. Қўшимча равишда эпидемиологик маълумотлар бўлса, ташхис қўйиш яна ҳам осонлашади. Лекин ҳар доим касаллик типик кўринишда кечмайди. Уларнинг ҳақиқий моҳиятини аниқлашда лабораторияда текшириш усулларидан фойдаланишга тўғри

келади. Ичтерлама ташхисини қўйишда қуйидаги лаборатория усуллардан фойдаланилади.

Гемокультура олиш учун қонни текшириш. У эрта ташхис қўйиш усулларидан ҳисобланади. Амалиётда, касаллик нотипик кечадиган ҳолларни ҳам инобатга олиб, тана ҳарорати бирор сабаб билан боғлиқ бўлмаган ҳолда, 3 кундан ортиқ юқори бўлиб турса, гемокультурага қон олиб текширилади. Бу мақсадда катта ёшдагиларда билак венасидан 5-10 мл қон олиб, стерил шароитда (спирт лампаси алангаси устида) сафроли суюқликка ёки Рапопорт муҳитига экилади. Касаллик микроблари яхши ўсиши учун қон миқдори билан озуқа муҳит нисбати 1:10 бўлиши зарур. Демак, 50 мл сафроли суюқликка солинган идишга 5 мл қон экилади. Гемокультура олиш учун қонни тана ҳарорати юқори бўлган даврда, касалликнинг қайси куни эканлигидан қатъий назар, олиш мумкин. Қонни гемокультурага текшириш учун кеч муддатларда олинганида, унинг миқдори 10-15 мл, ҳатто ундан ортиқ бўлиши лозим. Экилган қонни термостатда 37°C ҳароратда сақланади. 4-кундан сўнг дастлабки, 7-кунда эса якуний натижа олинади. Қонда ичтерлама микроби - салмонелла тифи топилиши ижобий натижа ҳисобланади. Бундай натижа, касаллик қандай клиник кўринишда кечишидан қатъий назар, ичтерлама ташхисини тўла тасдиқлайди. Тўш суягидан пунктат олиб, экканда ҳам тиф микробларини топиш мумкин.

Бемор антибиотик билан даволанса, қондаги касаллик микробларини топиш эҳтимоли камаяди. Шу сабабли, қонни антибиотик тайин қилинишидан олдин олиб текшириш зарур.

Нажас ва сийдикни бактериологик текшириш учун экиш. Касалликнинг 2-ҳафтасидан бошлаб (баъзан дастлабки кунларидан) касаллик микроби нажас ва пешоб билан ажралиб чиқа бошлайди. Одатда сийдик стерилланган идишга 50 мл миқдорида олиниб, лабораторияда унинг чўкмаси Плоскирев, Мюллер ёки Кауфман муҳитларига экилади. Нажасни эса 2-3 гр миқдорида бўлимнинг ўзида лаборатория тайёрлаб берган 10 мл ли (пенициллин идишда) юқорида номи кўрсатилган муҳитлардан бирига экилади. Текшириш натижасида сийдикда ичтерлама микроби топилса, ижобий уринокультура, нажасда топилса – копрокультура дейилади. Урино- ва копрокультура кўпроқ касалликнинг тузалиш даврида ижобий натижа беради.

Беморда касаллик аломатлари туганидан кейин ҳам копрокультура (баъзан уринокультура ҳам) олиниши бактерия ташувчилик ҳолати шаклланганидан дарак беради. Республикамиз шароитида ич терламадан

тузалган беморларнинг 3-5 фоизда бактерия ташувчилик юзага келиши аниқланган.

Сафрони бактериологик текшириш. У фақат бемор тузалганидан сўнг, бактерия ташувчилик ҳолати бор-йўқлигини кўшимча исботлаш мақсадида ўтказилади. Текшириш учун дуоденал зонд воситасида 12 бормоқ ичакдан сафронинг А, В ва С қисмлари стерилланган идишга олиниб, лабораторияда текширилади. Сафрода микроб топилиши биликультура деб аталади ва бактерия ташувчилик мавжудлигидан дарак беради.

Видал реакцияси. У серологик реакция ҳисобланади, яъни қонда пайдо бўлган антителоларни аниқлашга асосланган. Антителолар, одатда, касалликнинг 6-7 кунидан пайдо бўлади. Шунга кўра Видал реакцияси учун қонни ана шу муддатлардан сўнг олинади ва ҳар ҳафта такрорлаб турилади. Реакция кўйишга О-, Н-, Vi-антигенларидан фойдаланилади. 1:200 нисбатда ёки ундан кўпроқ суюлтирилган, қон зардоби билан ҳосил бўлган агглютинация реакцияси ижобий ҳисобланади. Касаллик давомида кейинги ҳафталарда олиб текширилган қон зардобиде реакция титри ортиб боради. У 1:800, 1:1600, ҳатто 1:3200 натижа бериши мумкин. Видал реакцияси учун биладан 2-3 мл қон олиниши етарлидир. Лабораторияда унинг зардоби ажратиб олиниб, реакция кўйилади.

Пассив гемагглютинация реакцияси (ПГАР). Видал реакциясига нисбатан сезгирроқ ҳисобланади. У касалликнинг 3-4 кунларидан сўнг ижобий натижа бера бошлайди. Реакция кўйиш учун бемор бормоғидан олинган қон ҳам етарли бўлиши мумкин. ПГАР Vi-антиген билан юқори титрда натижа бериши бактерия ташувчиликдан дарак беради.

Безгак (малярия). Иситма билан кечувчи касалликлардан яна бири бу безгакдир. Безгак касаллигини циклик кечиши, яъни ўткир иситма даврини апирексия билан алмашиб туриши, спленогепатомегалия, анемия, айрим холларда асаб, сийдик чиқарув ва бошқа аъзоларни чуқур зарарланиши билан кечади ҳамда рецидив беради.

Безгак ҳуружи (пароксизм) қалтираш, исиб кетиш ва терлаш фазаларининг кетма-кет алмашиб туриши билан ажралиб туради. Ҳуруж одатда куннинг биринчи ярмида қалтирашдан бошланади (гоҳида кучли қалтираш). Қалтираш 30 минутдан 3 соатгача давом этиб, ҳарорат кўтарилади. Қалтираш исиб кетиш билан алмашади. Бунда $t=39-40^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилади.

Умуминтоксикация белгилари кучаяди. Бир неча соатдан сўнг кучли терлаш кузатилади. Ҳарорат субфебрилгача тушади, бемор аҳволи яхшиланади, лекин дармонсизлик, уйқучанлик сақланиб қолади.

Безгакда хуружнинг умумий давомийлиги 8-12 соат, тропик безгакда эса – сутка ва ундан ортиқ чўзилади.

Безгак хуружидан сўнг, эритроцитар шизогонияга қараб апирексия даври бошланади 48 ёки 72 соат. Қонда асосий битта паразит генерацияси кузатилса, иситма тартибли интермиттирловчи характерда бўлади. Агарда паразитнинг кушимча генерацияси кузатилса, кайсини ривожланиш цикли ҳар хил тугалланувчи, бу ҳолда хуружлар устма уст келиб апирексия сувалиб кетади ва иситма характери ўзгаради. Бундай қўшимча генерация кўпроқ *P1.Falcifogum*да кузатилади. Шу сабабдан тропик безгакда иситма ремиттирловчи, субконтинуаль ёки нотуғри типда бўлади. Бу ҳолатлар фақат бирламчи безгакка хос, рецидивда кузатилмайди.

Безгак рецидивда (эрта ва кеч) ҳар доим пароксизм тартибли алмашиб келади ва ташхисни осонлаштиради. Безгак хуружларидан ташқари талоқ, жигарни катталашуви, ривожланиб борувчи гипохром анемия, ташхисотда роли катта. Лаборатор текширув билан (йўғон томчи ва суртма) ташхис тасдиқланади. Диагностикада эпидемиологик анамнезни (эпидемик ўчоқда бўлганлиги (касалланишдан 2 йил олдин), гемотрансфузия ва бошка парентерал муолажалар (касалланишдан 3 ой олдин) аҳамияти катта.

Безгакни сепсис, ТПК, бруцеллёз билан қиёсий ташхисот ўтказиш керак. Безгакни клиник кечиши ва шакллари кўриб чиқадиган бўлсак, қуйидагича кечади.

Безгакни уч кунлик хилида яширин даври 10-20 кундан (тахизоитлар қўзғатганда) 6-14 ойгача (гипиозоитлар қўзғатганда); тропик безгакда 7-16 кун, овал безгакда 11-16 кун; тўрт кунлик безгакда эса 25-42 кун.

Безгак касалини қўзғатувчиларини ҳилма хиллигини эътиборга олган ҳолда, қуйидаги тасниф таклиф этилади:

1. Уч кунлик безгак;
2. Тўрт кунлик безгак;
3. Тропик безгак;
4. Овале безгаги;
5. Субклиник тури (соғлом паразит ташувчи);
6. Микст-аралаш тури (икки ёки ундан ортиқ қўзғатувчи).

Енгил, ўрта, оғир турлари. Асоратли ва асоратсиз турлари (асорати асосан тропик безгакда - безгак комаси, иситмали гемолабинурия, ўткир гепатит, ва х.к. холида) учрайди. Касалликни кечишида қуйидаги даврлар кузатилади: яширин давр, продромал давр (уч кунлик безгакда), биринчи хужум ва эритроцитар рецидив, латент даври, экзоэритроцитар рецидив (уч кунлик ва

овале безгагида) ва реконволесценция даври. Уч кунлик ва овале безгаги продромал даври билан бошланади. Продромал даври 2-5 кун давом этади. Бу даврда бемор асосан бош оғриғига, лохасликка, қувватсизликка, эт увушишига, танаси қақшашига, мушаклар оғришига, тана ҳароратини бироз кўтарилганига шикоят қилади. Тропик ва тўрт кунлик безгак эса нимўткир ёки ўткир бошланади. Безгакни клиник манзараси пароксизмал ҳуруж билан бошланади. Бемор совуқ қотиб, қақшаб, қаттиқ титрайди. Дарров ўрнига ётиб олиб, боши билан ўралиб олади, лекин барибир исимаиди. Шу даврда териси бироз оқаради, пайпаслаганда ғоз терисини эслатувчи ғадир-будирлик сезилади. Айрим холларда тумов белгиларига ўхшаш белгилар бўлиши мумкин. Баъзида ичи суюқ келиши мумкин. Бундай ҳолат 10 минутдан то 3 соатгача давом этиши мумкин. Сўнггра тана ҳарорати қисқа вақт ичида (ракетасимон) энг юқори даражага кўтарилади ва бемор исиб кетади. Беморни бош оғриғи безовта қилади. Касаллик оғир кечаётганида бемор шайтонлаши, алахсираши ва хушидан кетиши мумкин, безовталана бошлайди, пайпаслаганда териси иссиқ ва қуруқ бўлади. Айрим холларда лабига учуғ тошиши мумкин. Тили қуруқ, қарашланган бўлади, қараш оқ ёки қулранг бўлади. Томир уриши тезлашади, артериал қон босими пасайишга мойил бўлади. Сийиш камаяди, гоҳида сийдик ажралиши умуман тўхташи мумкин, тез-тез нафас олади. 6-8 соатдан сўнг (тропик безгакда суткани охирида ёки иккинчи куннинг биринчи ярмида) тана ҳарорати критик пасаяди ва қаттиқ терлаш билан кузатилади. Шундан сўнг бемор ўзини бироз яхши хис эта бошлайди. Интоксикация белгилари камаяди. Кейинчалик уйқуга кетади. Ухлаб тургач, ўзини яхши хис қилади. Ишлаш қобилияти аввалги ҳолатига қайтади. Бундай ҳолатни безгакнинг апирексия даври дейилади. Овале ва уч кунлик безгакда апирексия даври бир кун давом этади, тўрт кунлик безгакда икки кун давом этади. Тропик безгакда апирексия даври жуда қисқа, танани ҳарорати меёригача тушмай субфебрил холида қолиши ҳам мумкин. Шундан сўнг яна пароксизм хуружи қайталайди. Касалликни биринчи кунларида, айниқса тропик безгакда эритроцитлар ичидаги паразитлар ҳар хил ривожланиш фазасида бўлгани учун пароксизмал хуруж белгилари камрок ривожланган бўлиши билан бирга танани ҳарорати ремиттирланган, субконтинуал ёки нотўғри бўлади.

Орадан 3-5 кун ўтганидан кейин одатда ҳар хил паразитни турига қараб генерация маълум бир тартибда бўлади, ва шунинг учун пароксизмал хуруж ҳар бир плазмодиум турига қараб ҳам маълум бир тартибда қайталади. Айрим беморлар қонида бир-бирига боғлиқ бўлмаган икки ёки уч хил популяция бўлиши натижасида бир кунда икки мартаба пароксизмал хуруж бўлади. Ёки

тўрт кунлик безгакда апирексия даври бир кунга қисқаради, 2-3 пароксизмал хуруждан сўнг кўпчилик касалларда жигар ва талоқ ҳажми катталашади, пайпаслаганда оғриқли бўлади, қонда анемия аломатлари пайдо бўлади. Бу белгилар қонда қай даражада гемолиз кетаётганлигидан дарак беради. Агарда безгакка қарши адекват муолажа қилинса, жигар ва талоқни ҳажми ўз холига қайтади. Ноадекват муолажа қилинганда талоқнинг ҳажми катталашиб, ёрилиб кетиш эҳтимоли пайдо бўлади. Безгакнинг оғир турида жигарнинг ўткир дистрофияси кузатилади. Бемор сарғайиб кетади, геморрагик синдром белгилари марказий нерв тизимининг жароҳатланганлигидан дарак берувчи белгилар номоён бўлади. Қорин бўшлиғига суюқлик йиғилиши мумкин, сурункали гепатит ривожланади. Эритроцитлар сони 2-1 миллионгача, гемоглобин 30 г/л. гача камаяди, лейкоцитлар, нейтрофилар, тромбоцитлар сони ҳам камаяди. Айрим ҳолларда нафас олиш тизимида яллиғланиш белгилари пайдо бўлади. Юракда функционал-систолик шовқин эшитилади. Қон босими пасаяди, томир уриши тезлашади. Беморда сийдик ажралиши камаяди, сийдикда - альбуминурия, цилиндрурия, микрогематурия бўлади. Пароксизмал хуруж бўлиб ўтгач, кўпчилик беморларда қувват тез, асл холига қайтиши мумкин, лекин 1-2 ҳафта давомида бош оғриғи, оёқларнинг зўриқиб оғриши, жигар ва талоқ соҳасида оғриқ сезиши, қорни дам бўлиши каби шикоятлар безовта қилади.

Биринчи хуружларни тугаши билан иккиламчи латент давр бошланади. Бу давр 2 ҳафтадан 3 ой ва ундан кўпроқ давом этади. Кейинчалик пароксизмал хуруж яна қайталайди. Буни «хуружнинг вақтли қайталаши» дейилади. Агарда 8-10 ойдан сўнг қайталаса, буни «хуружнинг кеч қайталаши» дейилади. Қайтадан келган хуруж олдингиларидан умуман кўп фарқ қилмайди, фақат продромасиз, бошланишидан бошлаб иситма тўғри типда бўлади. Кечроқ қайтадиган хуруж 3-4 кунлик безгакда бўлади, тропик безгакда бўлмайди. Айрим ҳолларда безгакни типик бўлмаган тури учрайди. Уни фақат лаборатория текшириш усуллари ёрдамида аниқланади. Уч кунлик безгак кўпинча енгил ўтади, фақат эпидемия вақтида баъзида оғирроқ ўтиши мумкин. Тўрт кунлик безгак камроқ ва енгил шаклда учрайди, кўпинча асоратсиз кечади, лекин паразитдан бемор организмини тўла холис бўлиши қийинроқ бўлади. Тропик безгак кўпинча оғир ўтади, чунки бунда эритроцитлар 65% гача гемолизга учраши мумкин. Шунинг учун оғир камқонлик аломатлари кузатилади. Безгак билан оғриганларнинг 50% да ўлим ҳолатларининг 98% тропик безгакка тўғри келади. Шунингдек безгакнинг оғир асоратлари: безгак

комаси, геморрагик синдром, алгид, гемоглинурия, ўткир буйрак етишмовчилиги ҳам тропик безгак оқибатидир.

Тропик безгакда кома ҳолати босқичма - босқич ривожланиши билан характерланади. Бошланишида бош айланиб, бош оғриғи интенсив кучая боради, бемор кайт қила бошлайди, қувватсизланади, шалпаяди, саволларга жавоб бергиси келмайди, тез - тез уйқуга кетиб қолади, лекин эси ўзида бўлади. Пай рефлекслари сақланган бўлади /сомноленция босқичи/. Бир неча соатдан сўнг сопороз босқичига ўтади: бу босқичда бемор кўпроқ ухлайди, эси кирди-чикди бўлиб қолади, шайтонлайди, пай рефлекслари ошади, патологик рефлекслар пайдо бўлади, менингизм аломатлари кўзга ташланади. Ўз вақтида тўғри муолажалар қилинмаса бемор чуқур кома ҳолатига тушади: эси бутунлай йўқолади, юз териси оқ-ерранг тусда бўлади, кўз косаси ичига тушиб кетади, қовоқлари беркилади, арефлексия, гипотония, сфинктерлар фалажи, ҳамда нафас олишининг тезлашиши кузатилади. Умуман олганда бундай ҳолат яхши оқибатга олиб келмайди, лекин адекват муолажа қилинса, соғайиб кетиши ҳам мумкин.

Тропик алгид безгагида бемор атрофидагиларга бефарқ қарайди, юз кўриниши ўткирлашади, эси узида бўлади, томири ипсимон, териси кўкимтир, совуқ тер билан қопланган бўлади, тана ҳарорати пасая бошлайди. Рефлекслар пасайган ёки умуман йўқолган бўлади.

Иситмали гемоглинурия тропик безгакнинг кам учрайдиган, лекин оғир ўтадиган асоратларидандир. Кўпинча оммавий инвазия натижасида жуда кўп миқдорда эритроцитлар гемолизга учраганда, ва аксарият Г-6-ФД дефицитли беморларда хинин ва бошқа айрим препаратлар /примахин, сульфаниламидлар/ кулланилганда 4-8 соат ўтгач, ривожланади. Гемолизни даражасига қараб, тана ҳарорати кўтарилади, бел соҳаси, талоқ, жигар атрофидаги оғриқлар пайдо бўлади. Бош оғриғи кучаяди. Анемия орта боради, келиб чиқиши гемолитик сариқлик пайдо бўлади. Олиго- ва анурия ривожланаётганлиги учун сийдик кам миқдорда қора рангли (янги ажралган сийдикда оксигемоглобин бўлгани учун) ёки қизил вино рангида (туриб қолган сийдикда метгемоглобин бўлганлиги учун) бўлади. Сийдик тиндирилганда 2 қаватга бўлинади; юқори қавати - тиник, тўқ олча ранг ва пастки қавати - лойқаланган, кўп миқдордаги детрит бўлади. Сийдикни умумий текширганда эритроцитлар, гиалин, доначали цилиндрлар, оксил моддаси ва гемоглобин борлиги аниқланади. Кейинчалик ўткир буйрак етишмовчилиги ривожланади ва ўлим билан яқунланиши мумкин. Гемоглинурия оммавий паразитемия натижасида ривожланганлиги учун ва биринчи галда паразитлар кирган эритроцитлар парчаланганлигидан йўғон

томчида ва суртмада паразитларни жуда қийинчилик билан топилади, оқибатда ташхис қўйиш қийинлашади ёки хатоликка йўл қўйишга сабабчи бўлади.

Тропик безгак айрим холларда ич терламага ўхшаш бўлиб ўтади. Бунда тана ҳарорати узоқ вақт юқори даражада кўтарилиб туради, бемор алахлайди, эси вақти-вақти билан йўқолади.

Безгак геморрагик синдромли асоратида тери остита, кўз пардасига қон қуйилади, қон аралаш қайт қилади, бурнидан, бачадондан, меъда ва ичакдан, буйракдан қон кетади, баъзан мияга қон қуйилади.

Безгак касали бошқа бактериал, вирусли ва паразитар касалликлар билан биргаликда ҳам кечиши мумкин. Ҳомиладор аёлларда оғирроқ ўтади. Кўпинча бемор сарғайиб кетади, камқонлик холларида кўпроқ учрайди, қорин бўшлиғига асцитик суюқлик йиғилади, танасида шишлар пайдо бўлади. Ҳомилали аёлларда ҳомиласиз аёлларга нисбатан 2-3 маротаба кўп леталлик кузатилади ёки ҳомиласи зарар кўради, нобуд бўлади, муддатидан аввал туғилади. Безгак билан оғриган аёллардан туғилган чақалоқларнинг учдан бири нобуд бўлади. Кўпинча чақалоқлар туғма безгак билан туғилади.

Туғма безгак. Болага безгак онадан йўлдош орқали ўтиши мумкин. Бундай бола туғилганда нимжон, жигари ва талоғи катталашган бўлади. Қонидан безгак плазмодийлари топилади.

Кўпинча безгак болага онадан туғилаётганда юқади. Бундай холларда бола туғилгач, бир неча ҳафта ўтгандан кейин касаллик бошланади. Унда ҳарорат кўтарилади, жигар, талоқ катта бўлади, бола озиб кетади, ўсишдан орқада қолади.

Шизонт безгаги. Шизонт безгагини одамларда безгакни қўзғатувчи ҳамма плазмодиумлар чақириши мумкин, лекин кўпинча тўрт кунлик безгак қўзғатувчиси *Pl.malariae* қўзғатади. Касаллик бола туғилаётганда, укол қилинганда ва бошқа манипуляция вақтида яхши стерилизация қилинмаган инструментлар орқали, гемотрансфузия вақтида (агарда қон яширин *Pl.malariae* паразитни ташувчи донордан олинган бўлса) юқади. Тропик безгакни қўзғатувчиси йўлдош орқали, бола туғилаётганида юқади ва туғма безгак ривожланади. Гемотрансфузиядан сўнг ривожланадиган безгак яширин давридан /бир неча кун/ кейин плазмодиумни туридан катъий назар «классик» синхрон пароксизмал иситма билан бошланади ва анемия, жигарни, талоқни катталашishi билан ифодаланади. Кўпинча оғир ўтиб, оқибати яхши бўлмаслиги мумкин. Тиббиёт асбоблари орқали юққанда касалликни яширин даври 3 ойгача чўзилиши мумкин.

Чўзилган безгак. Чўзилган безгак фақат кўп маротаба бўладиган реинфекция еки суперинфекция натижасида ривожланади ва кўпинча эндемик ўчоғда учрайди. Суперинфекция паразитнинг бошқа штамми кўзғатган безгак тугамасдан олдин юз беради. Реинфекция эса, биринчи безгак касаллиги тугагач кўп ўтмай ўша штамм плазмодиуми қайтадан юқиши натижасида юз беради. Шундай қилиб, қисман ривожланган иммунитет фонида супер ва реинфекция ҳисобига безгак узоқ йиллар давом этиб висцерал ўзгаришларга олиб келади. Шунинг учун жигарни, талоқни ҳажмини катталашини, сурункали гепатит, жигар фибрози, спленит, нефропатия, анемия, неврит белгилари, вақти-вақти билан безовта қиладиган иситма ҳуружи характерлидир.

Парабезгак. Безгак билан оғриган одам даволанмаганда ёки даволаш етарли бўлмаганда иситма ҳуружлари тўхтаб, организмдан паразитлар йўқолиб кетгач, безгакни оқибати сифатида турли функционал ва органик ўзгаришларни кузатилиши парабезгак деб юритилади. Масалан, жигар циррози, спленомегалия, анемия, вегетоневрозлар ва бошқалар шулар жумласидандир.

Оқибати. Эпидемиядан ташқари вақтда 0,2-1% гача ўлим ҳоллари кузатилса, эпидемия даврида бу кўрсаткич 3-5% дан 20-40% гача кўтарилади.

Безгак турғун иммунитет қолдирмайди. Касаллик қайталанишлар билан ўтиши мумкин, улар 1-2 ой ўтгач /эрта қайталанишлар/ содир бўлади.

Диагностикаси. Безгак ташҳисоти эпидемиологик ва касаллик анамнезига, клиник манзарасига, умумий кўрувдан олинган маълумотларга асосланади ҳамда лаборатория усуллари билан текшириш олиб бориб тасдиқланади. Ташҳис қўйиш касаллик нотипик кечганда мураккаблашади. Эпиданамнезда беморни эндемик ўчоғда бўлганлиги, чивин чаққанлиги, қон қуйилганлиги ёки тиббий муолажа қилинганлиги тўғрисидаги маълумот муҳим ўрин эгаллайди. Шу касаллик учун типик ҳуружлар бўлганда безгакни аниқлаш қийинчилик туғдирмайди. Бироқ тўғри навбатлашиб турадиган ҳуружлар бўлмаганда ёки ҳарорат доимий характерда бўлганда, хатто эпидемиологик шарт шароитлар бўлганида ҳам, бу касалликка ташҳис қўйиш қийин. Лекин шундай ҳолларда ҳам ҳар 2 соатда ҳарорат ўлчаб турилса, тана ҳароратидаги ўзгаришлардан қандайдир қонуниятни илғаб олиш мумкин. Ҳатто типик клиник манзарада ҳам безгак ташҳисини тасдиқлаш мақсадида микроскоп остида безгак плазмодиумларини топиш учун қонни /суртма, йўғон томчи/ текшириш зарур.

Безгак плазмодийси бемор қонида доимо бўлиши туфайли текшириш учун қонни исталган вақтда тана ҳарорати меърида бўлганда ҳам, ҳуруж вақтида ҳам олиш мумкин. Қонни текшириш безгак ташҳисини аниқлашгагина имкон бермай, балки плазмодийнинг тўрт туридан қайси бири касаллик кўзғатганини

аниқлашга кўмаклашади. Ҳамма холларда, жумладан, безгак комасида ҳам қонда плазмодийни топиш ташхис қўйишда хал қилувчи аҳамият касб этади.

Паразитологик текшириш учун бемордан олинган капилляр қон ёки веноз қондан фойдаланилади. Бемордан олинган қондан йўғон томчи ва суртма тайёрланади. Йўғон томчини 1,5 см диаметрда тайёрлаб, қуритиб сўнгра Романовский-Гимза усулида буялади. Юпқа суртмани қуритиб бўлгач, 3 минут давомида метил спиртида ёки 10 минут давомида этил спиртида фиксация қилинади, сўнгра бўялади. Бўяб бўлгач, сув билан яхшилаб ювиб, қуритиб, имерсион система билан микроскоп остида кўрилади /окуляр 7X, объектив 90X/. Ҳар бир препаратдан 100 та катак кўрилади, плазмодийларни кичикроқ майдонидан топилишидан қатъий назар/ акс холда комбинациялашган инвазияни аниқлашга имкон бўлмайди. Йўғон томчида паразит 40 маротаба кўп аниқланади, лекин қайси типга мансублигини билиш қийин бўлгани учун суртма кўрилади. Қонда безгак бор ёки йўқлиги ҳақида аниқ фикрга келиш учун бир кунда 4-6 маротабагача намуна қилиш мумкин. Плазмодийнинг қайси тури касаллик кузгатганини билиш уларнинг морфологик тузилишидан фойдаланамиз. Безгак плазмодийсининг қондаги миқдорини ва унинг ривожланишнинг қайси фазасида эканлигини аниқлаш ҳам катта клиник аҳамиятга эга. Чунки қонда шизонтларни бўлиши ва паразитемияни интенсивлиги катта бўлса, ёмон оқибатлардан дарак беради. Паразитемияни интенсивлиги йўғон томчи кўраётганда битта катакда нечта паразит борлигига боғлиқ: 1-10 плазмодий 100 та катакда бўлса 1мкл қонда 5-50 та паразитга тўғри келади(+); 1-10 плазмодий 10 та катакда бўлса 1 мкл қонда 50-500 та паразитга тўғри келади (++); 1-10 плазмодий 1 катакда бўлса 1 мкл қонда 500-5000 та паразитга тўғри келади (+++); 10 ва ундан ортиқ плазмодий 1 катакда бўлса, 1 мкл қонда 5000 ва ундан ортиқ паразит бўлади (++++). 1 мкл қонда 100000 дан ортиқ плазмодий бўлса, ёки 5% дан кўп эритроцитлар жароҳатланган бўлса, безгак нохуш оқибатлар билан тугаши мумкин.

Серологик текширув (РНИФ, РИФ, РНГА ва х.к.) донорлар танлаб олишда, безгакни нотипик, латент формаларини аниқлашда ҳамда эндемик учоғда одамлар нечоғлик жароҳатланганлигини билиш билан қўлланилади.

Гемограммада анемия (анизопойкилоцитоз, ретикулоцитоз) белгиларини аниқлаш, лейкопения ва нисбий лимфоцитозлар ҳам ташхис қўйишда катта аҳамиятга эга.

Қора оқсоқ (бруцеллёз) иситма ўткир бруцеллёзнинг асосий клиник белгисидир. Иситма ҳар бир беморни ўзида ҳар хил типда кечиши мумкин, яъни бир типда бўлмайди. Бруцеллёзда ҳарорат чизиғи тўлқинсимон,

интермиттирловчи, ремиттирловчи бўлади. Иситма тўлқини кучли терлаш билан кечади («бемор уз терисида чўмилади»). Иситманинг тўлқинлари сони, унинг давомийлиги ва интенсивлиги ҳар хил бўлади. Тўлқинлар оралиғи 3-5 кундан бир неча ҳафта, ҳатто ойгача бўлади.

Ҳарорат юқори, узок субфебрил, кам холларда меъёрда бўлиши мумкин. Субфебрил типни бошқа типларга қараганда кўпроқ учрайди. Бруцеллэзга хос белгилар бемор ҳарорати юқори бўлса ҳам, умумий аҳволи кам ўзгариши, аъзо ва системаларнинг кўпларини қўшилиб зараланиши (урогенитал, асаб ва б.). Истима симптоми бруцеллэзни ўткир септик ва септикометастатик шаклларида кузатилади.

Бруцеллэзнинг ўткир септик формаси

Патогенетик жиҳатдан маҳаллий ўзгаришларсиз кечувчи, ўткир сепсиснинг фазасига мос келади ва қуйидагилар:

- юқори температура;

-умумий интоксикация симптомлари ва ретикулоэндотелиал системаси зарарланиши билан ҳарактерланади.

Иситма бу форманинг асосий белгиларидан бири ҳисобланади. Касаллик ўткир бошланади. Иситма 38-39⁰С, унинг эгри чизиғи 4 хил кўринишда бўлиши мумкин:

1. тўлқинсимон;
2. нотўғри ремиттирловчи;
3. интермиттерловчи;
4. тифга ўхшаш формаси.

Бруцеллэз учун тўлқинсимон иситма хос. Тўлқинлар сони уларнинг давомийлиги ва оралиқлар бир неча кун, ҳафта ва ойларга ўзгариб туради. Антиботикларни қўллаш оқибатида иситманинг давомийлиги қисқаради.

Иситмага нисбатан реакция, лоқайдлик, буғим ва суяклардаги оғриқлар, бош оғриши, уйқу бузилиши, тез асабийлашиш, иштаҳанинг пасайиши орқали намоён бўлади. Лимфагемопоз органлари зарарланиши кузатилади: периферик лимфа тугунларнинг, асосан, жағ ости, бўйин, қўлтик ости ва чов тугунларини катталашини кузатилади. Бундан ташқари гепатолиенал синдром ҳам характерли. Жигар ва талокнинг катталашини кўп беморларда учраб, размерлари ҳар хил даражага ўзгаради, пайпаслаганда оғриқ кузатилади. Баъзида геморрагик диатезнинг белгилари намоён бўлади: бурундан қон кетиши, милк қонаши, ошқозон-ичакдан қон кетиши ва ҳоказо. Сийдикда альбуминурия, цилиндрлар, эпителий ва эритроцитлар чиқади. Кейинчалик ўткир септик формадан **септико-метастатик формага** ўтади: яққол

интосикация белгилари ва орган, системаларнинг маҳаллий зарарланиши билан характерланади. Асосан таянч-ҳаракат, нерв, жинсий системалар ва лимфогемопоз органлари зарарланади.

Септико-метаастатик формада ҳам бруцеллэзнинг ўткир септик формасига хос бўлган хусусиятлар сақланади:

- юқори температура,
- титраш,
- кўп терлаш,
- жигар, талоқ ва лимфа тугунларини катталашуви.

Бундан ташқари артралгия, периартрит, бурсит, миозит, орхит, орхоэпидедимит, неврит ва невралгиялар кузатилади.

Юрак-қон томир системаси томонидан эндокардит, аортал клапаннинг сўгалсимон ярали характерли яллигланиши, кейинчалик артериал эмболия кузатилади. Аортит, оёқ веналарининг тромбофлебити кузатилади.

Серозли менингит ва менингоэнцефалитларга олиб келади. Бунда бемор бош оғриғи, кўнгил айнишига шикоят қилади, беморни аҳволи оғирлашиб, менингиал белгилар пайдо бўлади. Кейинчалик касаллик **иккиламчи сурункали** формага ўтиши мумкин.

Бунда температура субфебрил ёки нормал бўлиши мумкин, периферик лимфа тугунлар катталашиши мумкин.

Бруцеллэз ташхисоти эпидемиологик анамнезнинг (касалланган ҳайвонлар билан мулоқот ва ҳ.к.) ва лаборатор текширувларнинг (Р. Райт, Хеддельсон , КБРРНГА) ҳамда тери ости синамасининг аҳамияти катта.

Лаборатор диагностикаси. Периферик қонда: гипохром анемия, лейкопения, нисбий лимфоцитоз, тромбоцитопения, ЭЧТ ошади.

Асосий текшириш усуллари - серологик - Райт-Хеддельсон реакциялари, КБР – уларда бруцеллэзга қарши специфик антителолар аниқлайди. Энг сезгири Хеддельсон реакцияси - титри 1:50, 1:100 шубхали, 1:200 кучсиз, 1:400 мусбат деб ҳисобланади.

Энг қулайи Райт реакцияси – 1:50 шубхали, 1:100 кучсиз 1:200, 1:400 мусбат. Бюрне аллергик синамаси камроқ ишлатилади. Бактериал текшириш амалий жихатдан қийин, чунки бруцеллалар жуда секин 10-30 кун ўсади. Бунинг учун қон, сийдик, суяк кўмиги ишлатилади.

Тошмали тиф. Иситма тошмали тифнинг асосий клиник белгиларидан бир ҳисобланади. Иситманинг бошланғич даври ўзига хосдир: Касалликнинг 2-3 чи кунлари ҳарорат 39-40 °С гача кўтарилиб боради . t - нинг 39-40 °С гача бирданига, тез кўтарилиши, қалтираш (биринчи суткасидаёк) кам учрайди.

Бундан ҳам камроқ ҳароратни аста-секин зинасимон кўтарилиши учрайди. Бунда эрталаб ремиссия кузатилади, қалтираш бўлмайди. Антибиотик олмаганларда касалликнинг 4-5 чи кунларидан бошлаб иситма доимий кўринишда бўлади. Кам холларда ремиттирловчи бўлади. Ҳароратнинг кунлик фарқи (эрталаб ва кечқурунги) қанча кичик бўлиб, доимий иситма типига яқинлашган сари касаллик шунча оғир кечади ва натижа яхши бўлмаслиги мумкин. Ремиттирловчи типда эса натижа яхши.

Тошмали тифга хос нарса бу ҳарорат чизиғида касалликнинг 3-4-чи кунларида кесилиш бўлиши. Биринчи кесилиш тошма тошишидан олдин кузатилади (3-4 кун). Бунда $t - 1,5-2^{\circ}\text{C}$ га бирдан пасаяди, лекин касалнинг ахволи яхшиланмайди. Тошма тошиши билан ҳарорат аввалгига қараганда юқорироқ кўтарилади ва касалликнинг авжига чиқиш даври бошланади. Бундай кесилишлар ҳар доим кузатилавермайди. Касалликнинг 8-10 кунлари ҳарорат чизиғидаги иккинчи кесилиш ("врез") кузатилади. Бунда ҳам $t - 1,5-2^{\circ}\text{C}$ га пасаяди (лекин меъёрда булмайди). Кейинги кунлари ҳарорат яна юқорига чиқиб олади. Лекин 3-4 кундан сўнг ҳарорат туша боради. Ҳарорат чизиғидаги бундай кесилишлар спорадик учраган касалликларда ва антибиотик олганларда кузатилмайди.

Касалликни нисбатан ўткир бошланиши, ҳароратнинг тез кўтарилиши ва ўзига хослиги, бемор шикоятлари, кучли бош оғриғи, унинг кучайиб бориши, дармонсизлик, уйқусизлик, биров қўзғалувчанлик, юз терисининг қизариши, шиш, (ҳаммомдан чиққан одам юзидек) конъюктива гиперимеяси, кўзни ялтираши, касалликнинг 3-кунларидан бошлаб "чимчилаш", Киари – Авцин, Розенберг, Говорова – Годелье белги-ларининг пайдо булиши ҳамда хансираш, ҳароратни касалликнинг 3-4 кунларидаёқ ТПК дан фарқлашга ёрдам беради. Қиёсий ташхисотда тошмаларнинг хусусиятларини аҳамияти катта.

Брилл-Цинссер (рецидивланувчи тошмали тиф) касаллигида одатда ҳарорат $38-39^{\circ}\text{C}$ дан ошмайди, ремиттирловчи турда бўлади.

Доимий ҳарорат чизиғи кам учрайди. Иситманинг давомийлиги 8-10 кунгача. Ҳарорат критик ёки қисқа лизис билан тушади. Марказий нерв тизимидаги бузилиш белгилари унча кучли эмас: бош оғриғи кам холларда кучли. Уйқусизлик, қўзғалувчанлик, сергаклик кузатилади. Эс-хуши ўзида. Говорова-Годелье белгиси (тил чиқарилганда тишларга тегиб кетиши) мусбат, менингиал белгилар суст бўлади. Эндемик тошмали тифдагидек эмас, балки розеолёз тошмалар петихияга нисбатан кўп бўлади ва 5-7 кун изсиз йўқолади.

Касалликни клиник даврлари бўйича кўриб чиқадиган бўлсак, касалликнинг инкубацион даври икки ҳафта давом этади, лекин бир ҳафтагача қисқариши ёки уч ҳафтагача чўзилиши ҳам мумкин.

Тошмали тифнинг клиникасида уч давр ажратилади: 1) бошланғич даври; 2) касалликнинг авж олиш даври; 3) соғайиш даври.

Бошланғич даври. Тошмали тиф кўпинча бирданига бошланади. Беморнинг эти увишиб, ҳарорати 38 °С даражагача кўтарилади, боши қаттиқ оғрийдн, уйқуси бузилади, мускуллари қакшаб оғриydi. Бемор эйфория ҳолатида бўлиб, кўп гапиради. Бош оғриғи кучайиб боради, кўпроқ чакка ва энса оғриydi. Уйқу нотинч бўлади, бемор кўпинча алоқ-чалоқ кўрқинчли тушлар кўради. У безовга ва тажанг бўлади. 2—3 кун ўтгач, ҳарорат 39—40 °С даражагача кўтарилади. Бемор юзи ва кўзлари қизаради, 3-4-куни кўз конъюнктивасида петехия (Киари — Авцин симптоми) юмшоқ танглайда энантемалар (қизил нукталар) пайдо бўлади. Бемор тилини чиқармоқчи бўлганида қийналади, тили титраб, чап томонга қийшайиб кетаверади (Годелье — Говоров симптоми). Тилни караш қоплайди. Агар билакни резина чилвир билан қисилса — елкада розеола тошмаси пайдо бўлади. Эрта диагноз қўйиш учун шу усулдан фойдаланилади (Н. И. Рагоза, А. Ф. Билибин). Кўкракка банка қўйилганида ҳам банка ўрнида петехиялар пайдо бўлади.

Беморни объектив текширишда тахикардия, гипотония, юрак тонининг бўғиқлиги аниқланади. Бемор қуруқ йўталади, бронхит белгилари топилади, касалликнинг 3—4 - кунлари талоқ, катталашади. Шундай қилиб, тошмали тифнинг бошланғич даврига: иситма, бош оғриғи, нотинч уйқу, кўп гапириш, юз ва кўзнинг қизариши, тахикардия хос.

Киари — Авцин симптоми, юмшоқ танглайда энантема пайдо бўлиши ва резинка боғлагич феномени характерлидир. Бу маълумотларга суяниб, эпидемиологик вазиятни назарда тутган ҳолда, дастлабки диагноз қўйиш мумкин.

Касаллик авж олган давр. Бу давр касалликнинг 5-кунидан бошланади. Ҳарорат юқори, интоксикация кучайган бўлади, беморнинг аҳволи анча оғирлашади. Тиф ҳолати яккол кўринади. Бемор алахлайди, баъзан беҳуш ҳолда ётади. Баъзи ҳолларда беморда психоз аломатлари аниқланади. Унинг хатти - ҳаракатлари кўрқинчли тус олади. Баъзи беморлар ўрнидан туриб кетишга уринади, атрофдагиларга зарар етказиши ҳам мумкин. Касалликнинг 5-куни бемор бадани жуда кўп розеола ва петехия тошмалари билан қопланади. Петехиялар кўп булса, бу — касалликнинг оғир ўтишидан нишонадир (5-расм). Бошланғич даврдаги симптомлар сақланади ёки қисман кучаяди. Юрак-қон

томир системасининг холати оғирлашади. Қон босими янада пасаяди. Юрак тони жуда бўғиқ бўлиб, систолик товуш пайдо бўлади. Пульс тез ва жуда суст уради, аритмия бошланади. Касаллик жуда оғир ўтганида коллапс бўлиши мумкин.



5 - расм. Тошмали тиф: ҳар хил шаклдаги розеола ва петехия тошмалари.

Бу даврда баъзан пневмония ривожланади. Пневмония ривожланишида риккетсияларнинг ҳам роли бор. Бемор овқатдан мутлақо юз ўгиради, уни ташналик безовта қилади. Лаблари қақраб, қора кўтир пўст боғлайди. Тил сариқ-кўтир караш билан қопланиб, қақраб туради, титрайверади. Жигар ва талоқ катталашади. Ич келмайди, сийдик ҳам кам келади.

Иккинчи ҳафта давомида беморнинг эс-хуши ўзгариб туради. Кўпинча беморда менингит ва энцефалит аломатлари куринади. Касаллик оғир ўтганида фалажлар, яримфалажлар, полирадикулоневрит, неврологик белгилари аниқланади. Бу даврда беморларнинг бир қисмида қулоқ оғирлашиб, кўз хира тортиши ва мувозанат бузилишига оид симптомлар кўринади. Бемор ўрнидан турса, гандираклаб, йиқилиб тушиши мумкин.

Қонда лейкоцитоз, нейтрофилёз, эозинопения, лимфопения, тромбоцитопения аниқланади, ЭЧТ тезлашган бўлади.

Касалликнинг 12-кунидан бошлаб ҳарорат аста-секин пасая боради ва 3—4 кун ичида аслига келиб қолади, соғайишга алоқадор бошқа аломатлар ҳам пайдо бўла бошлайди. Бемор худди узоқ ва чуқур уйқудан тургандек ўзига келиб, атроф-муҳитга эътибор бера бошлайди, муҳокамаси ҳам нормаллашиб боради. У кўп сияди, ичи суюқ бўлиб келади. Юзининг қизаргани ва шишгани

йўқолади. Тошма оқариб 2—3 кундан сўнг йўқолади. Пульс тезлиги секинлашади. Бироқ юрак тони бўғиқ бўлиб қолаверади. Бемор ахволи анча яхшиланади.

Соғайш даври. Ҳарорат нормал бўлган кундан реконвалесценция (соғайиш) даври бошланади. Беморнинг ахволи анча яхшиланиб, ички органлар ва системаларнинг бузилган фаолияти ўз изига туша бошлайди. Лекин бемор психикаси беқарор ва хотираси ёмон бўлади, у инжикланиб, арзимаган нарсадан норози бўлаверади. 10—12 кунгача қон босими пасайган ҳолда туради. Брадикардия аниқланади. Парэстезия ва яримфалажлик симптомлари узоқ давом этади. Беморга ҳарорат аслига келгандан кейин 7—10 кундан бошлаб ўрнидан туришига руҳсат этилади ва 12 кундан сўнг уйига жавоб бериш мумкин.

Тошмали тиф клиник формаларининг классификацияси. Тошмали тифнинг энгил, ўртача оғирликда ўтадиган ва оғир формалари ажратилади. Энгил формага абортив форма ва эмланганларда учрайдиган тошмали тиф киради.

Абортив тошмали тифда иситма даври 4—8 кунгача қисқаради. Юқори ҳарорат ва интоксикация 2—3 кун давом этади холос. Бошқа симптомлар ҳам билинар-билинмас бўлади. Розеолёз тошма кам бўлади ва тезда йўқолади. Юрак - қон томир системасининг фаолияти бузилиши қисқа муддатда тугайди ва тезда нормаллашади.

Эмланган одамларда ҳам тошмали тиф энгил ўтади. Иситма ва кучсиз интоксикация 2—4 кун давом этади. Тошма жуда кам бўлади ёки мутлақо бўлмайди.

Тошмали тифнинг абортив формасида ва эмланганларда касаллик диагнозини аниқлаш мушкул. Бу касалликка гумон қилинганда бемор албатта лаборатория усуллари билан текширилиши лозим.

Тошмали тиф оғир ўтганда ҳарорат ва интоксикация кучли бўлади, бемор беҳуш ҳолда ётади, энцефалит белгилари, юрак-қон томир тизими фаолиятининг бузилишига хос аломатлар яққол кўрилади. Тошма кўп ва геморрагия характерида бўлади.

Спорадик тошмали тиф. Спорадик тошмали тиф кўпинча энгил ва абортив формада ўтади. Бемор боши оғриб, уйқуси бузилади. Юзи, кўзи озгина қизаради, лекин бу ҳодисалар тезда ўтиб кетади. Иситма ўртача 6—10 кун давом этади. Тошма розеола ҳолида бўлади, баъзан мутлақо бўлмайди. Юрак - қон томирлар кам зарарланади. Озгина гипотония ва тахикардия аниқланади. Кўрилганда ўзгаришлар кам бўлади.

Оҳирги йиллардаги текширувларга қараганда, спорадик тошмали тиф 60—70 % ҳолларда илгари шу касаллик билан оғриган кишиларда учрайди, яъни у тошмали тифнинг рецидивидан иборатдир. Бундай тошмали тиф Брилл-Цинцер касаллиги деб юритилади ва тошмали тифдан соғайган баъзи реконвалесцентларда риккетсиялар узок йиллар латент ҳолда сақланишига боғлиқ бўлади. Сакланиб қолган шу риккетсиялар муайян бир шароитда қайтадан касаллик қўзғатади. Бундай организмда касаллик олдинги тошмали тифдан қолган иммунитет туфайли енгил ўтади. Брилл касаллиги асосан ёши қайтган одамларда учрайди. Уларнинг анамнезида деярли ҳамisha илгари тошмали тиф билан оғриганлиги аниқланади. Шу билан бир вақтда, Брилл касаллигини эпидемиологик жиҳатдан таҳлил қилиб кўрилганида, беморга касаллик юқишига оид сабаблар аниқланмайди. Брилл касаллиги мустақил касаллик деб рўйхатга олинган. У алоҳида ҳисобга олинади.

Брилл касаллигининг клиникаси. Бошланғич даври 3—4 кун давом этади. Ўртача интоксикация белгилари аниқланади. Беморнинг боши оғрийди, уйқуси бузилади, ҳарорати 38 °С—39 °С даражагача кўтарилади. Камдан-кам (26%) ҳолларда энантема топилади.

Касаллик роса авжига чиқадиган даври 5—7-кун давом этади. Ҳарорат 38 °С- 39 °С атрофида бўлади. Беморнинг боши оғрийди, уни уйқусизлик безовта қилади, эйфория аломатлари ҳам кўрилади. Баъзи беморлар алоқ-чалок туш кўриб чиқади. Купинча Говоров — Годелье симптоми аниқланади (бемор тилини бемалол чиқара олмайди). Розеола — петехия тошмаси беморларнинг 60—90 % кўринади. Брилл касаллиги асосан ёши улғайган одамларда учраганлиги туфайли булса керак, кўпинча юрак-қон томир системасининг зарарланишига оид аломатлар яққол кўринади.

Брилл касаллигида иситма даври ўрта ҳисоб билан 9—11 кун давом этади, ҳамма беморлар омон-эсон соғайиб кетади.

Брилл касаллигида асоратлар камроқ учрайди, асосан тромбоз ва тромбофлебит, пневмониялар кўринишида бўлади.

Брилл касаллигида биринчи кундан бошлаб юқори титрда КБР буйича 1:10240 ва кўпроқ ЭГАР буйича 1:64.000 ва кўпроқ IgG аниқланади.

Грипп (тумов). Айрим ҳолларда эпидемик тошмали тиф ва ТПК ларнинг бошланғич даврида янглишиб грипп ёки аденовирусли инфекциялар деб ташҳис қўйиб юборилади. Грипп шундай ўткир бошланадики, бемор ҳатто касаллик кунинигина эмас, соатини ҳам айтиб беради. Тана ҳарорати касалликнинг 1-2 соатларидаёқ юқори даражага кўтарилади (39-40 °С). Касалликнинг 2-кунидан ҳамма клиник белгилар намоён булади. Умумий

интоксикация белгилари: кучли бош оғриғи (пешона, қош равоғида), бадан, мушакларни қақшашлари, кучли холсизликлар ва ҳ.к. Грипп асоратсиз кечганда иситма даври 1-5 кун давом этиб, ҳарорат критик ёки қисқа лизис билан тушади. Ҳарорат тушаётганда кучли терлаш, хатто коллапс кузатилиши мумкин. Нафас йўллари зарарланиши (ринит, шиллик пардалар тарқоқ гиперемияси, юмшоқ танглай донадорлиги, трахеит) белгилари гриппга хосдир. Клиник кечишини кўриб чиқадиган бўлсак, касаллик ҳаво – томчи йўли билан бемор одамдан юқади. Инкубацион даври бир неча соатдан 2 суткагача давом этади. Продромал давр 10-15% беморларда кузатилиб, холсизлик, бироз қалтираш, мушакларда оғриқ, тана ҳароратининг $37,1-37,5^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилиши билан намоён бўлади. Бу белгиларга одатда эътибор берилмайди.

Грипп учун касалликнинг ўткир бошланиши хос булиб, бу асосан организмда вируснинг тез репродукцияси ҳисобига келиб чиқади ва кўпчилик беморларда кузатилади.

Куйидаги симптомокомплекс грипп учун характерли: иситма – гриппнинг асосий симптомларидан бири. Тана ҳароратининг максимал кўтарилиши касаллик биринчи кунда кузатилиб, оғир холларда 40°C , ўрта оғир холларда 39°C , енгил холларда 38°C . Гриппда иситманинг тушиши критик ёки тезлашган лизис кўринишида юз беради.

Икки ўрқачли ҳарорат эгрилиги камдан-кам учраб, қайта тана ҳарорати кўтарилиши кўпинча сурункали инфекция авжланиши билан, ёки зотилжам, бошка асоратлар қўшилиши билан боғлиқ. Зотилжам қўшилганини узоқ давом этувчи иситма ҳам кузатилади (9 кундан ортик).

Касаллик умумий интоксикация белгиларининг кузатилиши билан бошланади:

-бош оғриқ, бу оғриқ бошнинг пешона, тепа, чакка ва қош усти ёйи қисмида кузатилиши хос;

-қалтираш;

-хушдан кетиш холлари ва бош айланишлар – асосан ёш беморларда ва сурункали касаллиги (гипертония касаллиги, атеросклероз) бор карияларда, ёки кескин озғин кишиларда кузатилади.

-бел соҳаси мушаклари, болдир мушаклари, бўғимлар, орқа мушакларида оғриқ ёки бутун тана бўйлаб тарқалган оғриқ кузатилиши.

Респиратор трактнинг турли қисмларидаги зарарланиш синдромлари касалликни 2-3 кунларидан кучаяди. Энг кўп учрайдиган катарал синдромлар бу - ринит, фарингит, ларингит, назофарингит, ларинго-трахеит, трахеобронхит.

Энг хос бўлгани трахеит, куруқ ва шиллиқ ажралиши билан, продуктив йўтал билан кузатилади. Турли даражадаги томоқ гиперемияси барча беморларда кузатилади ва халқум орқа девори гранулёз фарингити билан, шунингдек юмшоқ танглай ва тилчанинг майда донаторлиги билан кузатилади.

Фарингит – куруқ йўтал, кўкракдаги оғирлик хисси, ютинганда оғрик, регионар лимфотугунларни катталашуви.

Ларингит - томоқда ачишиш, кўкракдаги оғирлик хисси, овоз бўғилиши, кўпол итсимон йўтал. Кичик ёшдаги болаларда ёлғон круп картинаси кузатилади – нафас олишнинг қийинлашуви (инспиратор хансираш), безовталиқ, овознинг ўзгариши ва бўғилиши, акроцианоз, совуқ тер чиқиши.

Бронхиолит (кичик ёшдаги болаларда) – экспиратор хансираш билан кузатилади, қийин ажраладиган балғамли азобловчи йўтал, кўкрак қафасидаги оғрик, нафас олиш юзаки, тери қопламларини оқишлиги, ўпкада майда пуфакли нам хириллашлар эшитилади.

Токсикоз таъсирида нейроциркулятор бузилишлар ривожланади. Гриппнинг оғир формаларида бу бузилишлар томир ўтказувчанлиги ошиши билан кузатиладиган геморрагик диатез белгилари билан намоён бўлади (бурундан қон кетиш, тери ва шиллиқ қаватлардаги геморрагиялар, геморрагик ўпка шиши, гематурия.)

Гриппнинг гипертоксик шакллари энг оғир ҳисобланиб, токсикоз белгиларининг максимал кўриниши сифатида намоён бўлади. Гиперемия, шиллиқ қаватлар цианотиклиги ва тери оқишлиги (тери кулранг рангини беради), акроцианоз, юз киёфасининг ўткирлашуви, склерит, азобланган юз ифодаси, ҳавотир ва кўркув, куруқ йўтал, хансираш, тахикардия грипп гипертоксик кечишини клиникасини беради.

Типик физикал кўринишли эрта зотилжам, ўпка геморрагик шиши, мия шиши, токсикоз оқибатидаги нейроциркулятор бузилишли – токсик миокардит.

Юрак-томир тизимидаги ўзгаришлар кейинчалик брадикардия билан алмашинувчи тахикардия, юрак тонлари бўғиклиги, гипотония, миокард токсик ва дистрофик ўзгаришлари билан намоён бўлади.

Оғирлик даражасига қараб фарқланади:

Енгил шакли - $t 38^{\circ}\text{C}$ гача, ўрта намоён бўлган умумий интоксикация ва катарал синдром белгилари.

Ўрта оғир шакли - $t 40^{\circ}\text{C}$ гача, умумий интоксикация белгилари яққол намоён бўлган, катарал синдром, куруқ азобловчи йўтал.

Оғир шакли - $t 40^{\circ}\text{C}$ дан юқори, давомий, умумий интоксикация белгилари кескин намоён бўлган, оғриқли ва куруқ азобловчи йўтал.

Периферик қонда биринчи кунларида ўртача лейкоцитоз, унинг ўз навбатида 2-3 кунда лейкопения билан алмашинуви, ЭЧТ-меъёрида, айрим холлардагина бироз ошган бўлади. Бактериал асоратлар кўшилгач юкори лейкоцитоз, чапга нейтрофилли силжиш, ЭЧТ ошиши кузатилади.

Диагностикаси. Грипп ташхисини характерли клинко-эпидемиологик маълумотлар асосида кўйилади. № 198, 101 ЎзРес.ССВ буйруқларига асосан лаборатор тасдиқ мажбурийдир.

Лаборатор текширув ўз ичига олади: қон ва пешобнинг умумий тахлили, иммунофлюоресценция ёки ИФА усулида бурун цилиндрик эпителийсида гриппоз антигенларни аниқлаш. ГАСР (РТГА), КБР (РСК) ва бошқаларда специфик антитаналар титрининг ошиб боришини аниқланиши. Керак бўлганда қон биохимияси, коагулограмма, кўкрак қафаси аъзоларини рентгенологик текшируви, қорин бўшлиғи аъзоларини УТТси, қон, пешоб ва ликворни, оғиз - бурун шиллиқ қаватининг бактериологик текшируви.

Аденовирусли инфекциялар кўп беморларда касаллик ўткир истима кириши билан бошланади. Ҳарорат 2-3 кун ичида 38- 39⁰ С га, кам холларда 40⁰С га кўтарилади. Айрим холларда касаллик аста-секин бошланади. Ҳарорат касалликнинг 3-4 кунидан кўтарила боради. Иситма бир оз қалтираш билан бошланиб, бир ҳафтагача, айрим холларда 2-3 ҳафтагача давом этиши мумкин.

Ҳарорат чизиғи доимий ёки ремиттирловчи характерда бўлади. Касаллик авжига чиққан даврида интоксикация белгилари кучсизроқ ёки ўртача бўлади: бир оз дармонсизлик, бош, мушак, бўғимларда оғриқ. Гриппдан фарқли ўлароқ, аденовирусли инфекцияларнинг эрта белгилари бу ўртача бурун битиши, бурундан серозли ва сероз-йирингли ажралмалар чиқиши. Конъюктивит одатда катарал, кам холларда фолликуляр ва плёнкали бўлади. Оғиз кўздан кечирилганда, гиперемия, юмшоқ танглайда, ютқин орқа деворида донадорлик кузатилади. Аденовирусли инфекцияларга хос ангина, жағ ости ва бўйин лимфа безларини катталашуви, гепатолиенал синдром, интоксикация кучаяди, ҳарорат яна кўтарилади. Ўпкада ўзгаришлар (перкутор товуши буғиқлашуви, қурук, нам хириллашларни пайдо бўлиши) касалликнинг 3-4 кунлари кузатилади.

Аденовирусли инфекциялар билан ўсмирлар ва болалар кўп касалланадилар. Ёш болаларда оғир кечади.

ТПК ва эпидемия тошмали тифдан фарқли равишда аденовирусли инфекцияларда иситма даврида интоксикация нисбатан сустроқ бўлади ва ўткир респиратор касаллик белгилар намоён бўлади.

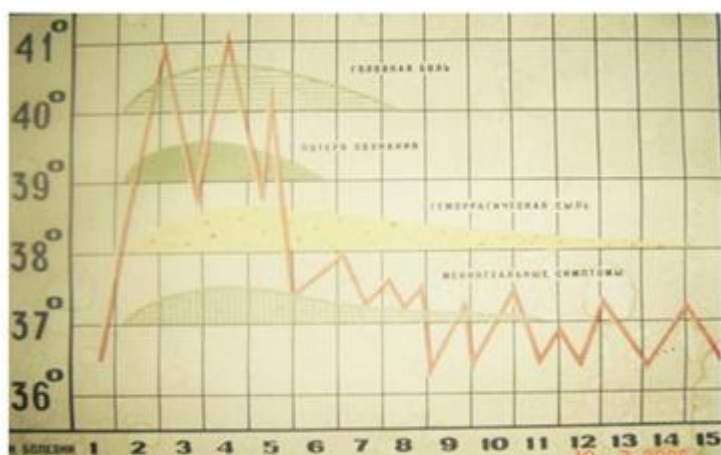
Менингококкли инфекция. Иситма билан кечувчи касалликларга менингококкли инфекция ҳам киради. Бу касалликда ҳарорат субфебрилдан то

ўта юқори (42°C) даражагача кўтарилиши мумкин. Ҳарорат чизиғи доимий, интермиттирловчи ёки ремиттирловчи типда бўлиши мумкин. Айрим олимлар доимий тип ҳарорат чизиғида касаллик нохуш натижа билан тугашидан далолат беради дейишса, бошқа олимлар ҳарорат чизиғининг касаллик натижасига ҳеч қандай боғлиқлиги йўқ дейишади. Этиотроп даво бошлангандан 1-3 кундан сўнг ҳарорат меъёрга келади. Айрим ҳолларда яна 1-2 кун субфебрилитет давом этиши мумкин (6-расм).

Менингококкли менингитда жуда кучли бош оғриғи кузатилади, айрим ҳолларда оғриқ чидаб бўлмайдиган даражада бўлиб, бир неча бор қусиш билан бирга келади.

Бемор ёнбош ҳолатда ётганда боши орқага ташланган, оёғи қоринга қараб букилган бўлади. Орқаси билан ётганда ҳам боши орқага ташланган ҳолат хосдир. Менингиал белгилар: энса мушағи таранглиги, Кернига ва Брудзинский белгилари мусбат бўлади. Лейкоцитлар миқдори жуда юқори ($20 \times 10^9/\text{л}$ дан $25 \times 10^9/\text{л}$ гача), нейтрофиллэз кузатилади. Люмбал пункция қилишнинг диагностикада ахамияти катта.

Орқа мия каналида босим юқорилиги, суюқликнинг лойқалиги, йиринглилиги, цитознинг юқорилиги (6000-10 000 та ҳужайра 1 мкл да), нейтрофиллар нисбатининг кўплиги, грамманфий диплококкларнинг топилиши, оксил миқдорини ошиши ($0,45 - 3\text{г/л}$), Панди ва Нонне-Апельт реакциясининг ижобийлиги менингококкли менингитдан далолат беради.



6-расм. Менингитда ҳарорат чизиғи

Менингококкцемияда иситма одатда интермиттирловчи типда бўлади. Лекин ҳарорат чизиғи бир хилда туравермайди, яъни касалликнинг 1-2 кунлари жуда юқори бўлса ($39-41^{\circ}\text{C}$) сўнг доимий, гектик, гохида субфебрил бўлиши мумкин, шок ҳолатда – меъёрда бўлади.

Касалликнинг биринчи кундаёқ кучли интоксикация белгилари: тери оқариши, қуруқлиги, тил қуруқлиги, чанқаш, иштаҳа йўқлиги, дармонсизлик кузатилади. Диагностикада аҳамиятли клиник белгиси бу геморрагик тошмалар тошишидир.

Битта касалда майда нуқтали петихиядан тортиб, то катта қон қуйилишларгача бўлиши мумкин.

Менингококкемияни менингит билан бирга келиши этиологияси бошқа бўлган менингитлардан фарқлашга ёрдам беради. Менингококце-мияни грипп, кизамик, скарлатина, қизилча. эпидемик тошмали тиф, геморрагик иситмалар, септицемиялар ва тромбоцитопеник пурпура, геморрагик васкулитлар билан қиёсий ташхисот ўтказиш керак.

Инфекцион моноклеоз (ИМ). Инфекцион моноклеоз – иситма, ютқин шиллик пардалари зарарланиши, жигар, талоқнинг, лимфа безларининг катталашуви, гематологик ўзгаришлар ва гетерофил антителаларнинг титрларини ошиши билан кечувчи касалликдир. Одатда касаллик аста секин бошланади. Касалликнинг 2-3 чи кунлари беморда бир оз лохаслик ва бир оз ҳароратни кўтарилиши билан бошланади.

Иситма 1-2 кундан ҳафтагача бўлиши мумкин. Иситма қисқа давомли бўлса, ҳарорат унча юқори бўлмайди ($37,5-38^{\circ}\text{C}$ гача), агарда узоқ давомли бўлса - ҳарорат $39-39,5^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилади. $t=40-41^{\circ}\text{C}$ кам учрайди. Иситмага хос белги бу кундалик ўзгариши ($1-2^{\circ}\text{C}$) ва литик тушади.

Инфекцион моноклеоз ташхисоти клиник ва лаборатор маълумотларга асосланади. Асосий клиник белгилари бу: иситма, ангина, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия.

Лаборатор текширув натижалари: ўртача лейкоцитоз, кўпроқ битта ядроли хужайралар ҳисобига (лимфоцитлар ва моноцитлар) ҳамда атипик моноклеозларни қон суртмасида топилиши. Серологик реакциялардан гетерогемаглютинация реакцияларининг ҳар хил модификациялари: реакция Пауля-Буннеля, Гоффа и Бауера, Ловрикна – Вольнера ва ҳ.к.

Токсаплазмоз Токсаплазмоз иситма билан кечувчи паразитар касалликдир. Орттирилган ўткир токсаплазмозда касалликнинг биринчи кунлари тана ҳарорати ($38-40^{\circ}\text{C}$), кўтарилса иккинчи ҳафтасидан субфебрил ёки меъёрда булади. Ўткир токсаплазмоз полиморф клиник кўринишга эга. Лекин кўпинча тифсимон (экзантематоз) ва энцефалитик шакллари учрайди.

Токсаплазмознинг тифсимон шакли иситма, умуминтоксикация белгилари билан ўткир бошланади. Касалликнинг 4-7 кунлари бутун танага макулопапулёз тошмалар тошади, лимфа безлар, жигар, талоқ катталашади.

Натижада яхши бўлган холларда 2-3 ҳафта давом этиб, қолдиқ ўзгаришлар қолади (кўпинча кўзда).

Токсаплазмозни энцефалитик шакли ҳам ўткир, иситма билан бошланиб МНС зараланиш белгилари намоён бўлади (энцефалит, менингит). Иситма кучли бош оғриғи, тиришиш, қусиш, галлюцинация, гемиплегия, бош мия нервларининг фалажи, менингеал белгилар кузатилади. Касалликдан тузалган холларда мустаҳкам, қўл-оёқларда паратик бўшашиш ва ҳ.к. Клиник белгилари турлича бўлганлиги сабабли ўткир токсаплазмоз ташхисоти қийинроқ. Лаборатор ташхисотларда КБР, РПГА, Себин –Фельдман реакцияси қўлланилади. Тери ости синамасини ҳам қўллаш мумкин.

Трихинеллёз. Бу касаллик гельминтозлар гуруҳига кирувчи касаллик бўлиб, иситма ва аллергия ҳолатлар билан кечувчи касалликдир. Касалликнинг биринчи кундаёқ тана ҳарорати кўтарилади, аҳволи ёмонлашади, боши оғрийди, қовоқ, юзлар шишади, эозинофилия кузатилади. Касалликнинг 2-4 чи кунлари бутун клиник белгилари намоён бўлади. Кўпчилик беморларда иситма ремиттирловчи характерда бўлиб ўртача умумий интоксикация ва терлаш билан кечади. Трихинеллёзнинг енгил шаклларида иситма 5-7 кун давом этса, оғир шаклларида 6-8 ҳафта ва ундан ортиқ давом этади. Трихинеллёзнинг асосий белгиси бу- мушакларда оғрик. Касаллик қанча оғир кечса, мушакдаги оғрик (миалгия) шунча кучли, чидаб булмайдиган даражада бўлади ва контрактура кузатилади. Ташхисотда ўша ейилган гўшт маҳсулотлари (беморлар истеъмол қилган) микроскоп остида кўриб, трихинеллёзни топишнинг аҳамияти катта. Лейкоцитоз, эозинофиллар 50-60 ва ҳатто 90% гача ортади. Иммунологик тестлардан: реакция кольцепреципитацияси, КБР, тери ости синамаси қўлланилади.

Сил. Иситма билан кечувчи касалликлар ичида сил касаллиги алоҳида ўрин тутуди. Сил касаллигида иситма узоқ вақтгача органик ўзгаришларсиз кечганлиги сабабли ташхисоти қийинроқ бўлади. Иситма интермиттирловчи характерга эга бўлиб қалтирашсиз, лекин айрим ҳолда талокни катталашуви билан кечади. Бундай клиник белгилар сил инфекциясининг гепатоген дессиминациясида ва реактивлиги суст бўлган беморларда кузатилади.

Сепсис. Сепсис ташхисотини қўйишда организмда септик ўчоқнинг борлиги, инфекциянинг кириш жойи, ҳароратнинг гектик характери, кучли терлаш, доимий қалтираш, терининг ҳар хил жойларида геморрагик тошмалар (шу билан бирга кўз шиллиқ пардасида Лукин – Либман доғи), талокнинг катталашганлиги, юмшоқлиги, ЭЧТ юқорилиги, нейтрофилли лейкоцитоз эътиборга олинади.

Соматик касалликлар

Иситма амалиётда барча ёмон сифатли ўсмаларда кузатилади. Лекин кўпроқ иситма гипернефрома, жигарни бирламчи ва метастатик ўсмаларида ёмон сифатли лимфома, лейкозларда кузатилади.

Ёмон сифатли ўсмаларда, нотўғри типда бўлади ва эрталабки максимал даражага кўтарилади.

Ёмон сифатли ўсмаларда узоқ давом этувчи иситма касалликнинг ягона белгиси бўлганлиги (бошқа белгилари ҳам намоён бўлмаган) сабабли ташхис қўйиш мураккаб. Ўсмани ташхис қўйишда эндоскопик, органлардан биопсия олиш, лимфография, лапароскопия, диагностик лапаротомияларнинг аҳамияти катта.

Каллогеноз касалликларда (тизимли қизил бўрича, склеродермия, тугунчали периартрит, дерматомиозит) иситма бирламчи клиник белгиси сифатида бирга кечади.

Иситма хусусиятларини кўраётганда юқумли ва юқумли бўлмаган касалликларнинг бошқа ўзига хос бўлган клиник белгиларини ҳам назарда тутиш керак. Ҳаким авваламбор касаллик қайси гуруҳга киришини (вирусли, бактериал, паразитар ва ҳ.к.) аниқлаб, сўнг хулоса чиқаради.

Мавзу буйича тест саволлари:

1. Тиф-паратиф касаллигида истима турларидан қайсилари кўпроқ кузатилади?
 - А. Тўлқинсимон, трапециясимон.
 - Б. Гектик, субфебрил
 - В. Ремитирловчи, субфебрил
 - Г. Қайталанувчи, гектик

2. Тиф - паратиф касалликларини эрта диагностикаси:
 - А. Гемокультурага қон олиш
 - Б. қонни клиник тахлили
 - В. қонни серологик текшируви
 - Г. аҳлатни бактериологик текшируви

3. Безгакда кома қайси безгак учун хос?
 - А. тропик
 - Б. Уч кунли
 - В. тўрт кунли
 - Г. Овале

4. Тропик безгак учун хос асорат:

- А. Ўткир буйрак етишмовчилиги
- Б. Пневмония
- В. Ўпка шиши
- Г. Миокардит

5. Безгак учун хос булган ҳарорат эгри чизиги:

- А. Интермиттирловчи
- Б. Ремиттирловчи
- В. Доимий
- Г. Тўлқинсимон

6. Тошмали тифни бошланғич даврида кузатиладиган белгиларни кўрсатинг:

- А. Юқори истима, бош оғриғи, бош айланиши, склераларни қизариши
- Б. Истима, юзларга тошма тошиши, қусиш.
- В. Истима, қорин оғриб қусади
- Г. Истима, қаттиқ бош оғриши, мелсимон тил.

7. Киари-Авцина белгисини курсатинг:

- А. Конъюнктивада тошма бўлиши.
- Б. Томоқ шиллик қаватида геморрагик тошма пайдо бўлиши
- В. Бодомча безларини йиринглаши
- Г. Бемор тилини мелсимон ҳолатда бўлиши

8. Тошмали тифда кузатиладиган Говоров-Годелье белгисини кўрсатинг:

- А. Бемор тилини чиқаришда қийналади
- Б. Склерага қон қуйилади
- В. Бемор ютишда қийналади
- Г. Турганда бош айланади.

9. Тошмали тифда тошмага таъриф беринг:

- А. Розелёз-петихиал
- Б. Геморрагик тошма
- В. Везикулёз
- Г. Пустулёз

10. Тошмали тиф авж олган даврда беморни ҳолати:

А. Юқори истима, безовта, галлюцинация, юзлар қизарган, терида тошмалар.

Б. Бемор қайта-қайта қусади, менингиал белгилар, атрофга эътиборсиз.

В. Юқори истима, қорин оғришидан шикоят қилади, ич ўтади ва терида тошма

Г. Юқори истима, бемор хушсиз, терида тошмалар, буридан қон келиши.

11. Брилл касаллигига таъриф:

А. Тошмали тиф ўтказганларда бир-неча йилдан сўнг қайтарилиши;

Б. Риккетсия провачекни янги штамини пайдо бўлишидан касалликни қайталаниши;

В. Риккетсия музур чақирган тошмали тиф;

Г. Тошмали тифни асоратли шакли.

12. Брилл касаллигини клиник кечиши қандай?

А. Тошмали тифга нисбатан енгил кечади;

Б. Тошмали тиф клиникасидан фарқ қилмайди;

В. Тошмали тифга нисбатан оғир кечади;

Г. Доимо асорат билан кечади.

13. Тошмали тифга хос бўлган клиник белгилар:

А) Юқори истима, тошма. Б) Истима, катарал белгилар, эксикоз. В) Безовталик, алахсираш. Г) Атрофдагиларга бефарқ.

А. АВ

Б. АБ

В. БГ

Г. АБГ.

14. Тошмали тифга хос бўлган клиник белгилар кўрсатилганларини аниқланг:

А) Юқори истима, розелёз-петихиал тошма, Киари-Авцина белгиси. Б) Юқори интоксикация, алахсираш. В) Қайта-қайта қусиш, тошма, бефарқлик. Г)

Говоров-Годелье белгиси, талокни катталашуви.

А. АБГ

Б. АВ

В. БВГ

Г. АВГ

15. Тошмали тифни диагностикасида қўлланадиган усулларни кўрсатинг: А) Клиник, эпидемиологик. Б) Клиник, серологик. В) Эпидемиологик, бактериологик. Г) Вирусологик, ИФА.

- А. АБ.
- Б. АВ
- В. ВГ
- Г. АГ.

16. Тошмали тифни клиник шакллари тўғри кўрсатилган жавобни аниқланг: А) Ўта оғир, гиперпиретик. Б) Субклиник, амбулатор. В) Тарқалган, маҳаллий. Г) Кам учрайдиган, септик.

- А. АБ
- Б. АВ
- В. БГ
- Г. ВГ.

17. Риккетсиозларда қўлланадиган серологик усулни кўрсатинг:

- А. Вейл-Феликс реакцияси
- Б. Райт реакцияси
- В. Видал реакцияси
- Г. Хеддельсон реакцияси.

18. Брилл касаллигига тўғри таъриф берилган жавобни кўрсатинг: А) Тошмали тифни бир неча йилдан сўнг қайталаниши. Б) Енгил кечиши, интоксикацияни кучли бўлмаслиги. В) Тошмаларни камлиги. Г) Риккетсияларни янги штамлари билан касаллик чақирилиши.

- А. АБВ
- Б. АГ
- В. БВГ
- Г. АБГ

19. Қорин тифида тошмалар асосан қаерда тошади ?

- А. Қоринда ва кўкракда
- Б. Кўкракда
- В. Юзда, бўйинда
- Г. Қўл-оёқларда

20. Қорин тифи учун қандай тил хос эмас?
А. Бўрсимон
Б. Куруқ
В. Маркази куюк қўнғир караш билан қопланган
Г. Учи ва четлари тоза, қизил
21. Тиф-паратифлар ташхисотида қандай серологик реакция қўлланилади?
А. Видадь, РПГА
Б. Паул-Бруннель-Давидсон
В. Райт, Хеддельсон
Г. РН, РНГА
22. Қорин тифида «тиф холати» нимани билдиради?
А. Адинамия, ҳолсизлик, бефарқлик, алаҳсираш, иситма
Б. Безовталиқ, сергаплиқ, эйфория, иситма
В. Эс-хуши жойида, ўқтин-ўқтин тиришишлар
Г. Қўзғалиш, безовталиқ, гидрофобия
23. Чўпон 1 йил олдин бруцеллэзни ўткир септик шаклини ўтказган. Кўрувда: иситма 37°C , лимфа тугунлар катталашган, тизза бўғимида артрит. Ташхис:
А. Иккиламчи сурункали бруцеллэз
Б. Бирламчи сурункали бруцеллэз
В. Қолдиқ асоратлар
Г. Бирламчи латент бруцеллэз
24. Бруцеллэзнинг ўткир септик шаклида кузатилмайдиган белги:
А. артрит
Б. юқори ҳарорат
В. қалтираш
Г. терлаш
Д. гепатоспленомегалия
25. Ич терламада қайси белгилар қиёслаганда муҳим?
а) ўткир бошланиши, юқори ҳарорат, юзнинг қизариши, бош соҳасида оғрик;
б) аста-секин бошланиши, юқори ва давомли ҳарорат, терининг

оқимтирлиги, баданда розеолали тошма;
в) ўткир бошланиши, юқори ҳарорат, юз ва кўз қизариши, баданда петехияли тошмалар.

26. Қиёслаганда ич терламага хос периферик қон ўзгариши:

- а) лейкопения, нисбий лимфоцитоз, тромбоцитопения, анэозинофилия;
- б) лейкопения, эозинофилия, нисбий лимфоцитоз;
- в) нейтрофилли лейкоцитоз, моноцитоз, Тюрк ҳужайраси;
- г) лейкопения, нисбий лимфоцитоз, тромбоцитопения, анизопойкилоцитоз.

27. Қиёслаганда ич терлама учун хос белгилар:

- а) умумий лохаслик, бош айланиши, тери оқимтирлиги, нисбий брадикардия, Падалка симптоми, кафт ва товон сарғайиши;
- б) умумий лохаслик, терининг рангсизланиши, тахикардия, тана ҳароратининг тушиши, қон босими пасайиши;
- в) ўткир бошланиши, юқори ҳарорат, кўплаб ич кетиши, розеолали тошма;
- г) Истима, ич ўтиш, қорин оғриши, сувсизланиш белгиси, тутқанок

28. Қиёслаганда ич терламага хос белгилар:

- а) тана ҳарорати юқори, тахикардия, ЭЧТ ошиши, нафас қисиши;
- б) юқори ҳарорат, қалтираш, терлаш, қонда эозинофиллар бўлиши;
- в) юқори ҳарорат, брадикардия, ЭЧТ нисбатан ошган, анэозинофилия;
- г) юқори ҳарорат, терлаш, кучли қалтираш, тахикардия, нейтрофилёз.

29. Қиёслаганда ич терлама учун хос белгилар:

- а) ўткир бошланиши, юқори ҳарорат, юз қизариши, склера қон томирлари бўртиши, касалликнинг 4-5 кунда розеолёз петехиал тошма;
- б) нисбатан аста-секин бошланиш, юқори ҳарорат, юзнинг оқимтир тусда бўлиши, касалликнинг 7-8 кунда розеолёз тошмалар тошиши;
- в) ўткир бошланиш, юқори ҳарорат, юз қизариши, касалликнинг 2-3 кунда геморагик тошмалар тошиши;
- г) ўткир бошланиш, юқори ҳарорат, касалликнинг 4-5 кундан бутун танада макуло-папулёзли тошма тошиши;
- д) ўткир бошланиш, юқори ҳарорат, юз қизариши, конъюктивит, кичик доғли тошма тошиши.

30. Қиёслаганда ич терлама учун хос белгилар:

- а) ўткир бошланиш, 2-5 кун давом этадиган юқори иситма, юз қизариши, пешона соҳасида оғрик;
- б) аста-секин бошланиш, тана ҳарорати юқори ва давомли иситма, юзнинг оқимтир тусга кириши, бошнинг бутун қисмида оғрик;
- в) аста-секин бошланиш, тана ҳарорати юқори ва давомли, кўп терлаш, маҳаллий лимфа тугунларининг катталашуви.

Тугри жавоблар хаммасида А вариант

Мавзу бўйича вазиятли масалалар

1-вазият

12 ёшли бола, юқумли касалхонага бош оғриши, юқори 38,5-40°C гача иситмалаш, қоринда оғрик, қусиш билан келди. 7 кундан бери касал. Касаллик аста-секин ҳолсизлик, йўтал, бош оғриши билан бошланган, 2 кундан кейин қорни оғриган. Ҳарорат 37,5-38°C; кейин 39-40°C га чиққан. Келганда аҳволи жуда оғир, ҳарорати 40°C, териси оқарган, қорнида сийрак, розеолёз тошмалар бор. Лаблари, териси куруқ, тиш излари бор. Юрак тонлари бўғик, қориннинг ўнг чов соҳасида перкутор товуш тўмтоқлашган. Томоғида қизариш, пульс 90 та, дикротия бор. Жигар ва талоғи шишган. Ичи қотиб қолган. Менингиал белгилар йўк.

- А. Бирламчи ташхис.
- Б. Ҳарорат эгри чизиғи хусусиятлари.
- В. Текширув ва даво режаси.
- Г. Қиёсий ташхис.

2-вазият.

3 ёшли бола, касаллик ўткир 38,2°C гача иситмалаш билан бошланган. Эртасига ҳарорати 39,5°Cга чиққан, бурундан нафас олиш қийинлашган. Сутка давомида ҳарорати 1-2°C га чиқиб, тушиб турган. Бодомча безлари қизарган, шишган, сарғиш караш билан қопланган. Жигари 2-3 см, талоғи 1 смга катталашган. Тери субиктерик. Қонда лимфоцитоз, моноцитоз.

- А. Бирламчи ташхис.
- Б. Ҳарорат эгри чизиғи хусусиятлари.
- В. Текширув режаси.
- Г. Қиёсий ташхис.

3-вазият.

6 ёшли бола, касалликнинг 2 чи куни, касалхонага иситмалаш, бош оғриғи, инжиқлик шикоятлари билан келган. Мактабда бир неча болада истмалаш кузатилган. Кечқурун иссиғи 39°C гача кўтарилиб кетган, боши, кўз сокқалари оғриган. Бурни битган, йўталган. Аҳволи оғир, иссиғи 39,3°C, юзи қизарган, керкиган. Кўзлари қизарган, склерада томирлар инъекцияси бор. Пульс 120 та, юрак тонлари бўғиқ, ўпкада дағал товушлар. Лаблари қуруқ. Қорни юмшоқ, оғриқсиз. Жигар, талоғи шишмаган. Менингеал белгилар йўқ.

А. Бирламчи ташхис.

Б. Ҳарорат эгри чизиғи хусусиятлари.

В. Текширув ва даво режаси.

Г. Қиёсий ташхис.

4-вазият

Бемор В., 10 ёш, шифохонага касалликнинг 7-чи куни бош оғриши, беҳоллик, иштаҳани пасайиши, истимага шикоят қилиб келди. Касаллик тана ҳароратини кўтарилиши ва бош оғриши билан бошланган, бир ҳафта давомида заҳарланиш симптомлари ошиб борган. Кўрувда: тана ҳарорати 39°C, бемор бўшашган тормозланган, мулоқотга киришмаяпти, пульс 76 та, брадикардия, АБ 90/50 мм с.у. Қорин дам. Падалка симптоми мусбат, жигар қобирга ёйидан 1,5 см чиқиб турибди, ўрта қаттиқликда. Ичи қотган.

Савол: 1. Қандай касаллик ҳақида ўйлаш керак.

2. Зарур бўлган лаборатор текширувлар.

5-вазият

Бемор 14 ёш, ўткир касалланди - истима, бош оғриши, беҳоллик, истима кўтарилиши (доимий эмас), қалтираш билан кечади. Анамнездан уйида моллари бор, қайнатилмаган сутни ичади. Кўрувда - териси нам, тоза, ҳамма гуруҳдаги периферик лимфа тугунлари катталашган, оғриқсиз, пульс 60 та 1 минутда, юрак тонлари бўғиқ, ўпкада везикуляр нафас, тили оқ караш билан қопланган, қорин юмшоқ, бироз дам. Жигари 1,5см, талоқ 0,5см, ич келиши ва сийиши нормада.

Сизнинг ташҳисингиз.

Қайси касаллик билан солиштириш керак.

III БОБ

ДИАРЕЯ СИНДРОМИ БИЛАН КЕЧУВЧИ ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИ ЭРТА ВА ҚИЁСИЙ ДИАГНОСТИКАСИ

3.1. ДИАРЕЯ СИНДРОМИ ҲАҚИДА УМУМИЙ МАЪЛУМОТЛАР

Диарея деб, нажаснинг суюқ қисмини, ҳажмини, ич келиш сонининг кўпайиши кўринишидаги меъёрий хусусиятларининг ўзгариши тушунилади. Нажас консистенциясининг ўзгариши, ҳамда суткасига 3 ва ундан кўп мартага ич кетиши эпидемиологик текширувлар ўтказилганда кўпинча диареяни аниқлаш сифатида қўлланилади. Диареялар келиб чиқиш сабаби бўйича инфекция ва ноинфекция бўлади.

Инфекция диарея – бу инфекция сабаблар билан асосланган бўлиб, кўпинча кўнгил айнаши, қайт қилиш, қориндаги хуружсимон оғриқлар билан кечадиган диареялардир, келтириб чиқарувчи этиологик омиллари бактериялар, вируслар, паразитлар бўлиши мумкин (3.1 жадвал).

Касалликни кечишини давомийлигига қараб:

Ўткир диарея – диареянинг 14 кунгача давом этадиган туридир.

Қайталанувчи диарея – 14 кундан ортиқ кунгача давом этадиган диареядир. Бунга қарамасдан, ҳозирги тавсияларда қайталанувчи диарея таснифланмайди, айрим мутахассислар сурункали – 30 кундан ортиқ кун давом этадиган диарея тушунчасини фарқлайди.

Диареяни келиб чиқишига қараб (патогенетик) 4 турдаги диареялар маълум, уларнинг асосида турли патогенетик механизмлар ётади. Ичакнинг ҳар бир касаллигига у ёки бу диареялар тури, баъзан уларнинг биргаликда учраши хос.

- ✓ Секретор диарея;
- ✓ Гиперэкссудатив диарея;
- ✓ Гиперосмоляр диарея;
- ✓ Гипер– ва гипокинетик диарея.

Секретор диарея. Унинг асосида ичак бушлиғида натрий ва сувнинг секрецияси кучайиши ётади. Кам ҳолларда эса ичакнинг сўрилиш хусусиятининг сусайиши билан асосланади. Секретор диареяга вабодаги диареяни мисол қилиш мумкин. Экзотоксин (“холероген”) энтероцитлар рецептор қисмлари орқали киради ва аденилатциклазани фаоллаштиради, у эса циклик 3’–5’–аденозин–монофосфат (цАМФ) синтезини кучайтиради. Бу энтероцитлар томонидан сув ва электролитлар ичакда секрециясининг кучайишига олиб келади доимий нисбатда: 1 литр нажасда 5 г натрий хлорид, 4

г натрий гидрокарбонат ва 1 г калий хлорид.

АМФ синтезини стимуляция қиладиган простагландинларнинг ҳам аҳамияти катта. Вабодан ташқари, секретор бошқа ичак инфекцияларида ҳам кузатилади – сальмонеллёзда, эшерихиозда, клебсиеллёларда. Бироқ у бошқа ноинфекцион касалликларда ҳам учрайди – терминал илеитда, постхолецистэктомик синдромда, ошқозон ости беши зарарланишида (панкреатик вабо), тўғри ичак ворсинкали аденомасида, булардан ташқари эркин ва узун занжирли ёғ кислоталари, секретин, серотонин, кальцитонин ва юқориактив пептидларни кўп миқдорда ишлаб чиқарилиши таъсирида кузатилади.

Секретор диареяда нажас массалари осмотик босими қон плазмаси осмотик босимидан паст. Бемор нажаси сувсимон, кўп миқдорда, яшилсимон рангда.

Гиперэкссудатив диарея. Бунинг асосида ичак бўшлиғига қон плазмаси, шиллик ва зардоб оқсилларини чиқиши ётади. Бу турдаги диарея ичакдаги яллиғланиш жараёнларида кузатилиб, шигеллёзда, кампилобактериозда, сальмонеллёзда, клостридиозда кузатилади. Бироқ, гиперэкссудатив диарея ноинфекцион беморларда, яъни носпецифик язвали колитда, Крон касаллигида, лимфомада ва ичак карциномасида ҳам учрайди. Нажас массалари осмотик босими қон плазмаси осмотик босимидан юқори. Бемор нажаси суюқ, шиллик, қон ва йиринг аралаш.

Гиперосмоляр диарея. Бу кўпинча мальабсорбция синдромида кузатилади – яъни моддалар алмашинуви бузилиши ва ингичка ичакда бир ёки бир неча озик моддаларининг сўрилиши бузилиши демакдир. Мальабсорбция синдроми асосида яна нафақат ичак шиллик қавати морфологик ўзгаришлари, балки ичак моторикаси ва транспорт механизмлари, фермент системаси функционал бузилишлари ҳамда дисбактериоз ётади. Гиперосмоляр диарея ич сурги воситаларини нотўғри ва кўп миқдорда қабул қилганида кузатилади.

Нажас массалари осмотик босими қон плазмаси осмотик босимидан юқори. Бемор нажаси кўп миқдорда, суюқ, яхши ҳазм бўлмаган овқат қолдиқлари билан.

Гипер – ва гипокинетик диарея. У ичак бўшлиғидаги моддаларни транзити бузилиши оқибатида юзага келади. Унинг асосида ичак моторикасини ошиши ёки пасайиши ётади. У кўпинча ичак таъсирланиш синдроми бўлган беморларда, неврозларда ва ич сурги дорилари ва антацидларни нотўғри қўлланилганида кузатилади.

Нажас массалари осмотик босими қон плазмаси осмотик босимига тўғри

келади. Бемор нажаси суяқ, бўтқасимон ва кам миқдорда.

Шундай қилиб, гипер - ва гипокинетик тип диарея фақат ноинфекцион беморларда учрайди. Диарея билан касалланган беморларга ташхис қўйишда:

-Беморнинг ёши;

-юкумли диарея билан касалланган беморлар билан мулоқот;

-Истеъмол қилинган озуқа маҳсулотларини, диетанинг бузилиши билан эҳтимолий боғлиқлик;

-Ёндош ва мазкур касалликни чақирадиган инфекция ўчоқларининг мавжудлиги;

-Диарея ривожланишини чақирадиган химио - ва антибактериал даво;

-Нажас характери (кўп миқдорда ёки кам миқдорда, нажасли ёки йўқ, сувли, овқатнинг ҳазм бўлмаган қисмлари сақлаши; ранг, патологик аралашмалар мавжудлиги - шиллик, йиринг, қон қуйқалари);

-Интоксикация белгиларининг (ҳарорат, кўнгил айнаш ва қайт қилиш) намоён бўлиши ва давомийлиги;

-токсикоз хусусияти;

-эксикоз хусусияти.

3.1-жадвал.

Инфекцион диареяларнинг этиологик омиллари

Бактериялар	Вируслар	Содда ҳайвонлар
Сальмонеллалар	Ротавируслар	Дизентерия амебаси
Шигеллалар	Норфолк вирус ва	Лямблиялар
Кампилобактер	Аденовируслар	Криптоспоридиялар
Клостридиялар	Астровируслар	Изоспоралар
Энтеропатоген штаммлар	Бреда вируси	
ичак таёқчаси	Калицивируслар	
Иерсиниялар	"Оппортунистик" вируслар:	
Микобактериялар	- цитомегаловирус	
Гонококклар	- оддий герпеса вируси	
Хламидиялар		

3.2-жадвал.

Диареяларнинг таснифи

Диарея турлари	Диагностика мезонлари	Оғирлиги бўйича	Мухим клиник синдромлар
Инвазив (бактериал)	Патологик араламали (шиллик, йиринг, қон) суюқ нажас	Енгил Ўрта оғир Оғир	1.Бирламчи токсикоз (нейротоксикоз) 2.Токсикоз ва эксикоз билан I, II, III даража 3. Инфекцион-токсик шок 4. токсик-дистрофик синдром 5. Гемолитик-уремик синдром
Секретор (сувли)	Патологик аралашмаларсиз суюқ, кўп микдордаги нажас		
Чўзилган	Патологик аралашмали давомли диарея лар (2 ҳафтадан кўп)		
Сурункали энзимассоциялашган	Сувли тўхтовсиз, копрограммада яллиғланиш белгиларсиз, озуқа ингредиентлари билан ассоциациялашган нажас		

Диарея белгилари билан мурожаат қилган беморда биринчи навбатда диарея ошқозон-ичак тизимини қайси қисми (ошқозон, ингичка ичак ёки йўғон ичак) зарарланиши ҳисобига юзага келганлигини аниқлаши ташхис қўйишини осонлаштиради. Даволовчи шифокорлар биринчи ўринда уларни бир-биридан фарқлай билишлари катта аҳамиятга эга (3.2- жадвал).

Ўткир гастрит белгилари. Касаллик ўткир бошланиб эпигастрал соҳада оғриқ кузатилади. Оғриққа қўшилиб кўнгил айниши ва қайт қилиш бўлади. Қайт қилгандан сўнг бемор аҳволи бироз енгиллашади, оғир ҳолларда қайт қилиш ҳар бир суюқлик ичгандан сўнг кучаяди. Беморни пальпация қилиб қурилганда эпигастрал соҳада оғриқ кучли бўлади, қорин мушаклари таранглашиши мумкин. Бундай ҳолларда ошқозон ости беши касалликлари

ўткир панкреатит ва ошқозон ости беши некрозини инкор этиш керак бўлади.

Ўткир энтерит белгилари. Касаллик қоринда ғулдирашлар ва перистальтиканинг кучайиши билан намоён бўлади. Ғулдирашлар бир неча масофадан эшитилиши мумкин. Қоринда киндик соҳасида ёки ҳамма ерда кучсиз оғриқ, ичнинг суюқ, кўп миқдорда кетиши, ич келишидан олдин қоринда ёқимсиз оғриқ сезилади. Нажасида ҳазм бўлмаган овқат бўлакчалари бўлади. Бу ингичка ичакда ферментлар фаолияти бузилганлигидан далолат беради. Нажас ранги тиниқ, тилларанг - сариқ ёки кўкимтир бўлиши мумкин, бу ичак перистальтикасининг кучайганлигига ва ўзгармай қолган ўт кислоталарининг миқдориға боғлиқ бўлади.

Оғир кечган энтеритларда нажас характери лойқароқ, оқимтир - ялтироқ қуйқалар ва ноаниқ шаклли доначалар борлиги билан фарқланади. Агар нажасни бирорта идишга қуйиб қўйилса, чўкмалар ҳосил бўлади. Қорин пальпация қилинганда ғулдираш, ингичка ва йўғон ичаклар бўйлаб товуш эшитилади, ингичка ичакда инфилтрация бўлмайди. Энтерит синдроми билан кечадиган касалликлар (вабо, сальмонеллез, эшерихиоз ва бошқалар)га кўпроқ сувсизланш белгилари хосдир.

Ўткир колит белгилари. Бу белгилар кўпинча қориннинг пастки ва ўнг биқин соҳасида хуружли оғриқлар, ёлғон чақириклар, тенезм, нажас келгандан сўнг ичакни тўлиқ бўшалмаганлигини эслатувчи клиник белгилар билан фарқланади. Колит синдроми билан кечган беморлар нажаси бир ҳил кўринишдаги ёки бўтқасимон ёки ярим суюқ ҳолатда бўлиб, ичида патологик ўзгаришлар - шиллиқ, қон, йиринг бўлиши билан фарқланади. Колит оғир кечишида ҳар бир ич кетишидан сўнг нажас миқдори камайиб, ахлатлик ҳолатини йўқотади. Йўғон ичакнинг пастки қисмида геморрагик ўзгаришлар кузатилса, нажасда фақат шиллиқ ва қон бўлиб, худди “ичак туфуги” ни эслатади. Агар қон қуйилиши ва некротлар йўғон ичакнинг бошланғич қисмида бўлса, нажасдаги шиллиқ бир текисда қизил ёки қизғиш - қунғир рангда бўлади (малина желеси). Касалликнинг ўткир босқичида шиллиқ аралашмаган тоза йиринг ҳеч қачон кузатилмайди. Йиринг кўпинча касалликнинг реконвалесценция даврида хали тўлиқ тўзалмаган йўғон ичакнинг қуйи ва сигмасимон қисмидаги шамоллашлар ёки яралар ҳисобига бўлиб нажаснинг охири бўлакчалари ёки тўлиқ шаклланган нажаснинг юза қисмида бўлади.

3.3-жадвал.

Ингичка ва йўғон ичак диареяларининг фарқлари

Клиник белгилари	Ингичка ичак	Йўғон ичак
Тез-тез дефекация	Нормал ёки бироз кўпайган	Кўпайган
Нажас хажми	Ошган	Кам миқдорда
Доимий тенезмлар	Кузатилмайди	Одатда бўлади
Фекалияларда қон	Қора қон (ҳазмланган)	Қизил қон
Шиллик	Одатда бўлмайди	Кўп миқдорда
стеаторрея	Бўлиши мумкин	бўлмайди
Иштаҳа	Нормал ёки ошган	Нормал ёки камайган

3.2. ГАСТРИТ ВА ГАСТРОЭНТЕРИТ БЕЛГИЛАРИ БИЛАН КЕЧАДИГАН ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР

Юқумли касалликларда диарея белгиларини таққослашда касаллик ошқозон-ичак системасининг қайси қисми зарарланганлигига боғлиқ бўлади ва уларда ўзига хос фарқли белгилар бўлади. Бу касалликнинг юқиш йўли (оғиз - нажас орқали), кўзғатувчининг заҳарлилик даражаси, уларни ошқозон-ичак фаолиятининг айрим ерларига таъсирчанлиги, ичаклардаги сўрилиш ва ферментлар фаолиятига макроорганизмнинг анотомик-физиологик ҳолати (болалар ва катталар)га, беморнинг иммунологик ҳолатига боғлиқ бўлади.

Сальмонеллёз. Сальмонеллёз, гастроинтестинал шакли, гастроэнтерит тури 75% ҳолларда қисқа (12-24 соат) яширин даврдан сўнг бошланади. Касаллик ўткир бошланиб, интоксикация белгилари (холсизлик, бош оғриши, юқори тана ҳарорати 38-40°C) кузатилади. Деярли бир вақтда гастроэнтерит белгилари эпигастрал соҳада ёки киндик атрофида оғриқ, кўнгил айнаши, кўп марта қайт қилиш, ичнинг қўланса хидли, кўп миқдорда сувдек тенезм ва ёлғон чақириқларсиз келиши намоён бўлади. Ич кетиши ва қайт қилганидан сўнг беморнинг аҳволи бир оз енгиллашади. Касалликда нажаснинг ранги кўкимтир “ботқоқ қуйқасига» ўхшаш келиши ўзига хос хусусиятга эгадир. Касаллик белгиларининг кучлилиги ва давомийлиги унинг кечиш оғирлигига боғлиқ бўлади. Сальмонеллёз энгил кечганда субфебрил тана ҳарорати, бир маротаба қайт қилиш, ичнинг 5-6 маротаба кетиши кузатилади, Касаллик ўртача оғирликда кечганда тана ҳарорати 38-39°C, кўп марта қайт қилиш, ичнинг 10 мартагача кетиши, сувсизланишнинг I - II даражаси белгилари бўлиши мумкин. Сальмонеллёз оғир кечганда кучли интоксикация белгилари, сув ва туз

алмашилини бузулиш белгилари (сувсизланишнинг II–III даражаси), ўткир буйрак етишмовчилиги белгилари бўлиши мумкин.

Сальмонеллёз касаллигини клиник кечишини даврлар бўйича кўриб чиқамиз. Касалликнинг яширин даври бир неча соатдан 1-2 кунгача. Хасталик одатда ўткир бошланади. У энгил, ўртача оғирликда ва оғир турда кечиши мумкин. Нимжон, чала туғилган, сунъий овқатланадиган болаларда, кекса ёшдагиларда сальмонеллёз кўпинча оғир ўтади ва узоқ вақт давом этиши мумкин.

Сальмонеллёз овқат воситасида юққан холларда касаллик овқатдан захарланиш — токсикоинфекция кўринишида намоён бўлади. Касаллик энгил кечганида беморнинг умумий аҳволи кам ўзгаради. Тана ҳарорати деярли кўтарилмайди. Қоринда бироз оғриқ бўлади, ич бузилиб, кунига 3-5 марта сувдек кетади. Оғирроқ холларда интоксикация ва диарея синдромига хос аломатлар яққол ифодаланади. Умумий лохаслик, иштаҳа йўқолиши, кўнгил айнаши, тана ҳароратининг кўтарилиши интоксикация аломатлари ҳисобланади. Ҳарорат 38-39⁰С гача, оғир холларда — 40⁰С гача кўтарилади.

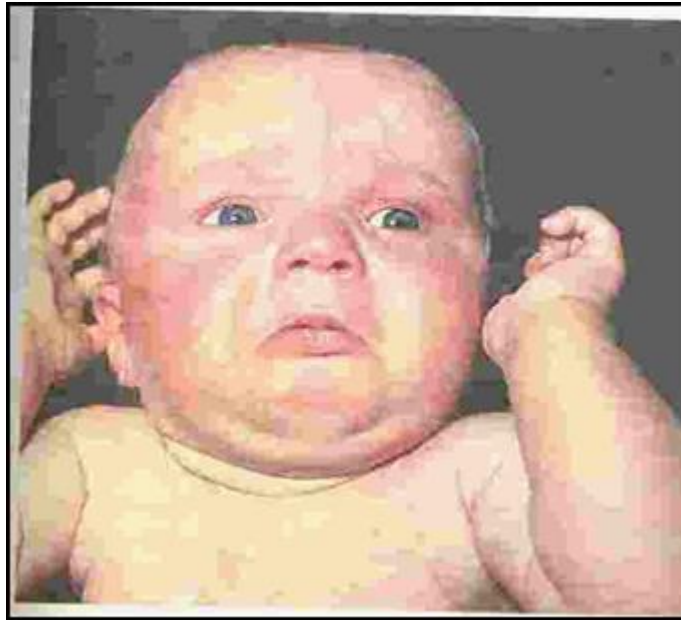
Сальмонеллёзда диарея синдроми ўткир гастроэнтерит, хатто гастроэнтероколит аломатлари билан намоён бўлади. Қисқа муддатли умумий аломатлардан сўнг қусиш бошланади. У одатда бир неча марта такрорланади. Одатда бироз кейинроқ ич суриши кўшилади. Аввал ич суюқ холда тез-тез келади, нажас ўзгармайди. 3-4 мартадан сўнг ич сувдек бўлиб, кўп миқдорда кета бошлайди. Унда шиллик, баъзан қон аралашган бўлади. Баъзан ич суюқ келса ҳам, унчалик кўп миқдорда бўлмайди. Ахлат кўкимтир тусда бўлади. Қорин туриб-туриб "мижиғлаб" оғрийди. Ичбуруғдагига ўхшаб, тинимсиз қатнаш салмонеллёзда кам учрайди.

Касаллик оғир кечган холларда организмда сувсизланиш (дегидратация) рўй беради. У кўпроқ болаларда учрайди. Одатда, салмонеллёзда дегидратация II-III даражагача боради. Жуда оғир кечганидагна, дегидратация VI даражага бориб, гиповолемик шок рўй бериши мумкин.

Беморни кўздан кечирганда, кўпинча юз ва тана териси оқарган бўлади. Пайпаслаб кўрганда, тери қуруқшаб қолган, эластиклиги йўқолгани аниқланади. Томир уриши тана ҳароратига монанд равишда тезлашади, таранглиги пасаяди. Қон босими тушади. Юрак тонлари бўғиқ бўлади. Оғирроқ холларда болдир мушакларида тиришиш кузатилади. Бемор кўп чанқайди. Тили қуриб қолади, караш билан қопланади.

Қорин баъзида бироз қопчиган бўлади. Пайпаслаб кўрганда қоринда туташ оғриқ сезилади. Айниқса, киндик атрофида оғриқ кучли бўлади. Баъзан жигар

катталашгани аниқланади.



7-расм. Бирламчи нейротоксикоз, қўзғалиш фазаси, талваса олди даври

Даволаш эрта бошланиб, тўғри олиб борилса, 2-3 кунда беморнинг аҳволи яхшиланади. Қусиш, ич суриши тўхтайдди. Нажас аввал бўтқасимон бўлиб, кейин нормал холга келади. Иштаҳа тикланади. 5-6 кунда қувват киради. Сальмонеллэз билан оғриган беморлар шифохонада ўрта ҳисобда 7-8 кун ётади. Баъзи беморларда тузалганидан сўнг бактерия ташувчилик холати кузатилади. У қисқа муддат ва сурункали бўлиши мумкин.

Диагностикаси. Касаллик ташхисини қўйишда анамнез, айниқса, эпидемиологик анамнезини эътиборга олиш лозим. Авж олиш рўй берганида, бир хил таом еган одамлар касалланиб, айримларидан бактериологик текшириш натижасида сальмонеллалар топилса, бошқаларига ҳам сальмонеллэз ташхисини қўйиш мумкин.

Қоннинг умумий тахлилида лейкоцитоз, нейтрофилэз, баъзан ЭЧТ ортгани аниқлатади, оғирроқ холларда сийдикда оқсил аралашган бўлади.

Бактериологик текширишлар натижаси муҳим аҳамиятга эга. Бемордан стерилланган идишга олинган қусуқ массасида, меъдани чайилган сувда ёки овқат қолдиқларида сальмонеллаларни топиш мумкин. Нажасдан экма олиб, Мюллер муҳитига экилганида ҳам касаллик қўзғатувчилари аниқланади. Тана ҳарорати юқори бўлган холларда қонни сафроли суюқликка экиб, гемокультура олиш мумкин.

Касалликнинг 4-5 кунидан бошлаб ПГАР қўйиб, серологик реакция воситасида танадаги антителолар аниқланади. 5-6 кундан сўнг текшириш қайтарилса, реакция титри ортгани маълум бўлади.

Сальмонеллэз ҳамда бошқа ичкетар касалликларни, баъзан клиник жиҳатдан вабодан фарқлаш мураккаб бўлгани туфайли май-октябрь ойларида ичи бузилиб, шифохонага ётқизилган ҳар бир бемор нажаси, ичак гурухи микробларидан ташқари, бир марта вабо вибрионига ҳам текширилади.

3.5-жадвал.

Дегидратация шаклларнинг клиник белгилари

	Гипертоник	Изотоник	Гипотоник
Нерв системаси	Умумий безовталиқ, қўзғалувчанлик, кучли чанқаш	Холсизлик уйқувчанлик	Сопор, кома, талваса
Тананинг тана харорати	гипертермия	субфебрил	Нормал, гипертермияга мойил
Шиллиқ қавати	Қуруқшаган	Қуруқ	Айрим холларда шилликли
Мушаклар	ўзгаришсиз	Юмшоқ, хамирсимон	Тонуси паст, мушакларни учиб туриши
АКБ	узоқ вақт давомида нормал	Пасайиши ёки кўтарилиши	Паст
Нафаси	Гипервентиляция, тўсатдан нафас тўхташи	ўзгаришсиз	Секинлашган нафас, ўпкада – нам хириллашлар
ОИТ	Кўпинча, суюқ ич келиш, айрим холларда қайт қилиш	Иштаҳа йўқолиши, айрим холларда қайт қилиш. Ичи шилликли	Айрим холларда қайт қилиш кофе қуйқасимон, суюқ сувли ич келиши, ичак парези
Диурез	Нормал	камайган	Камайган
Пешобнинг нисбий зичлиги	Бошида 1,001-1,018, кейинчалик 1,025- 1,035	Нормал ёки бироз кўтарилиши	Бошида юқори (1,025), сўнгра 1,010 ва паст
Беморнинг ўлимига олиб келувчи сабаблари	осмотик босимининг кескин кўтарилиши, хужайра ичи ферментларнинг блокадаси	Қон айланиши етишмовчилиги	Қон айланиши етишмовчилиги

Овқат токсикоинфекцияси. Касаллик шартли патоген ва патоген микроблар ва уларнинг токсинлари тушган овқатларни истеъмол қилинганидан сўнг бошланади. Кўпроқ стафилококк этиологияли овқатдан заҳарланиш турлари учрайди. Бунда касалликнинг яширин даври қисқа (1-3 соатли) бўлиб, кучли гастрит ва токсикоз белгилари билан бошланади. Ич кетиши деярли ҳар вақт ҳам бўлавермайди. Қисқа муддатли ич кетиши (1-5 мартагача) ва нажасда

патологик аралашмалар бўлмаслиги билан фарқланади. Бемор аҳволи яхшиланиши билан ич кетиши ҳам тўхтайди.

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, агар овқатдан заҳарланиш ошқозон ичак фаолиятида кўпинча касалликлари (ошқозон-ичак яраси, ҳавфли ўсмалар, полиплар) бор одамларда учраса, асосий касаллик белгилари кучайиб, ичакдан қон кетиши, интоксикация белгиларининг кучайиши, овқатдан заҳарланишга хос бўлмаган белгилар (ичнинг қорайиб келиши, анемия белгиларининг кучайиши, қорин чарви пардасининг яллиғланиш белгилари ва ҳоказо) кузатилиши мумкин.

Овқатдан заҳарланишнинг шартли-патоген микрофлоралар (цитобактерия, клебсиелла, протейлар, ичак таёқчалари, клостридийлар ва бошқалар) келтириб чиқарган шаклида полиморф этиологияли бўлганлигидан қатъий назар, касаллик бир оз енгил ва ўртача даражадаги заҳарланиш белгилари билан кечади.

Бунда гастрит белгилари устунлиқ қилади ва узоқроқ вақт давом этади. Касаллик эпигастрал соҳада ноҳушлиқ ва умумий ноқулайлик билан бошланиб, 1-2 соат ўтгач қориннинг юқори қисмида кучсиз оғрик, кўнгил айниши, қайт қилиш билан фарқланади. Бир вақтда ёки 1-1,5 соат ўтгач ичнинг суюқ келиши, қоринда ғулдирашлар, қоринда хуружли оғриқ бўлиб, у қориннинг юқори қисмидан пастга қараб ҳаракатланади ва ич кетиши билан тугайди. Нажас касаллик бошланишида қўланса хидли, кўп миқдорда бўлиб, касаллик оғир кечганда сувдек бўлади, эт увишиши касаллик бошланишида 4-5 соат бўлиб, кейинчалик юқори тана ҳарорати билан алмашади.

Оғир ҳолатларда (айниқса ёш болаларда) интоксикация ва сувсизланиш белгилари кучли бўлиб, тери оқарган, бош айланиши, шиллиқ қаватлар қуруқлашиши, тахикардия, қон босимининг пасайиши, хушдан кетиш ҳолати, мушакларда тиришишлар, овознинг хириллаши, коллапс, олигурия кузатилади (7-расм).

Овқатдан заҳарланишга ташҳис қўйишда кўпроқ сальмонеллез гастроэнтеритига ичбуруғ гастроэнтероколит шакларининг клиник белгиларини ўхшашлиги бир оз қийинчилик туғдиради. Ташҳис қўйишда махсус текширув усуллари муҳим аҳамиятга эга. Бактериологик текшириш учун махсус моддалар ёки ошқозон чайинди суви, нажас, касалликка сабаб бўлган овқат колдиклари олинади. Касаллик қўзғатувчилари одамлар ичагида ва ташки муҳитда кўпроқ учрагани учун қуйидаги ҳолларда бактериологик текширув ижобий натижа беради деб, ҳисоблаш мумкин: касаллик қўзғатувчиси нажасда ва қусуқ моддаларида кўп миқдорда учраши; нажасда ва

шубҳа қилинаётган овқат махсулотларида бир ҳил микроблар топилиши; оммавий заҳарланганлардан бир ҳил турдаги микроблар топилиши; аутоштаммлар билан бир ҳил серологик реакциялар туғри келганда ташҳис тасдиқланади.

3.3. ЭНТЕРИТ СИНДРОМИ БИЛАН КЕЧАДИГАН ЮҚУМЛИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ

Вабо. Ўта ҳавфли касалликлар эпидемиясига қарши чора-тадбирлар яхши кўрилган бўлса ҳам, хозирда вабо касаллигига анча хушёр бўлишни талаб килади. Вабонинг бошланғич даврига интоксикация белгилари ва қоринда оғриқ бўлиши хос эмас. Касалликнинг биринчи белгилари энтерит белгилари бўлиб, ичнинг сувдек кўп миқдорда кетиши, нажаснинг ранги “туруч ювиндиси” га ўхшаб, у ҳидсиз бўлиши кузатилади. Касаллик оғирлашган сари, қайт қилиш (гастроэнтерит) кузатилади. Тезда сувсизланиш, туз ва сув алмашинувини бузулиши белгилари ривожланади. Вабода ич 3-5 маротаба кетса ҳам миқдори кўп бўлганлиги учун тезда сувсизланиш бўлади. Сувсизланиш даражаси тезда кучайиб, гиповолемик карактликка ва мушаклар тиришишига олиб келади. Шунини таъкидлаб ўтиш керакки, агарда беморларда ошқозон ичак фаолиятида кўшимча касалликлар бўлса (геморрой, ичакларда яра, полипплар), касаллик қоринда оғриқ, тенезмлар билан кечиши мумкин. Бундай ҳолларда касаллик белгиларини бошланиши, кечиши ва кўшимча лаборатория текширув усулларига қараб касалликка ташҳис қўйиш керак. Вабонинг енгил кечиши белгилари ва бошқа юқумли ичак касалликларига аниқ, ташҳис қўйиш учун бактериологик ва серологик текширувларга асосланиш керак.

Касалликни кечиши бўйича клиникасини кўриб чиқадиган бўлсак, вабо вибриони одам организмига оғиз орқали тушгач, меъданинг кислотали муҳити унга асосий тўсиқ ҳисобланади. Шу сабабли вабо меъдасида сурункали яллигланиши бўлган, спиртли ичимликларни кўп истеъмол қиладиган, яхши овқатланмайдиган одамларда осон келиб чиқади. Меъдадан ўтиб олган вибрионлар ингичка ичакда қулай шароит топади ва тез кўпаяди.

Касалликнинг яширин даври беш кунгача. У турли оғирликда намоён бўлиши мумкин. Вабо касаллигани кўпинча ичак гуруҳи микроблари кўзғатган ичкетар касаллигидан фарқлаш қийин. Хасталик кўп ҳолларда енгил ва ўртача оғирликда кечади. Баъзан оғир кечадиган, зудлик билан тез ёрдам кўрсатилмаган ҳолларда биринчи куннинг ўзидаёқ гиповолемик шок оқибатида

ўлим билан тугайдиган холлари ҳам учраб туради.

Одатда касаллик тўсатдан, дарак берувчи аломатларсиз бошланади. Лекин Эль-Тор вабосида 20-30% беморларда касалликка хос белгилар намоён бўлишидан олдин, бир неча соатдан бир кеча-кундузгача хасталикнинг продромал даври белгилари: тана гоҳ совиб (увишиб), гоҳ қизиши рўй бериб, тана ҳарорати 37-38°C га кўтарилади. Бундай холларни беморлар оёқ устида ўтказадилар.

Хасталикнинг бу турида продромал белгилар билан бошланиши эътиборни жалб қилмайди, лекин эпидемиологик жиҳатдан ўта ҳавфлидир, айниқса касалликнинг бу турда бошланиши савдо ва озиқ-овқат муассасаларида хизмат қилувчи шахслар ўртасида бўлганида аҳвол янада мушкуллашади.

Одатда, вабо касаллиги бемор ҳожатга бориб, "сабабсиз" ичи суриб, оёқ-қўлларида дармон камайиши билан бошланади. Қисқа вақт ўтар-ўтмас (2-4 соатда) ҳожатга қатнаш 4-5 марта ва ундан ҳам кўп бўлиб, ичакдан чиқариладиган ахлат ипир-ипир, оқ лойқа сув каби бўлади.



А

Б

8-расм. Вабо. Алгид боскичи:

А) қориндаги тўғриланмайдиган тери бурмаси;

Б) қўл кафти орқасидаги тўғриланмайдиган тери бурмаси.

Кўпроқ холларда касаллик бошланганидан биров кейин (4-6 соат, айрим холларда 1-2 кундан сўнг), баъзан эса ич бузилиш билан бир вақтда қусиш бошланади. Қайт қилиш ҳам тез-тез такрорланиб туради. Афғонистон, Қорақалпоғистонда рўй берган эпидемияларда 6% гача бўлган беморларда вабо белгилари ич кетмасдан, аввало фақат қусиш билан намоён бўлган. Бундай атипик, қусиш билан бошланган вабо, 2-4% беморларда бир неча соатлардан сўнг ич суриш белгилари қўшилиб, танада дармонсизлик, оёқ мушакларининг тиришиб қолиши билан ривожланади, бемор аҳволи оғирлаша боради. Қусиш ва ич бузилиши оқибатида қисқа муддат ичида бемор организмида дегидратация рўй беради. Хасталикнинг оғир ёки енгиллиги дегидратация

даражасига боғлиқ. Шу сабабли даволашда бу аҳвол инобатга олинади.

Дегидратация 4 даражага бўлинади:

I даражали дегидратация - қусиш ва ич суриши 4-5 мартадан ошмайди. Беморнинг умумий аҳволи 1-2 кун ёмонлашади. Бемор организми йўқотган суюқлик тана вазнининг 3 % дан ошмайди. Бундай холдаги беморлар баъзан ҳаттоки тиббий ёрдам сўраб мурожаат қилмайдилар. Улар эпидемиологик жиҳатдан ғоят ҳавфли ҳисобланадилар.

II даражали дегидратацияда - ич суриши ва қусиш тез-тез такрорланиб, кунига 15-20 мартагача бориши мумкин. Организм сувсизланиши сезиларли даражага бориб, бемор оғиз қуриши, ташналик, холсизлик, бош айланишидан шикоят қилади. Тери қуриқшай бошлайди. Қон босими пасаяди. Сийдик ажралиши камайиб, қуюқлашиб кетади. Баъзан болдир мускулларида тиришиш пайдо бўлади. Организм йўқотган суюқлик тана вазнининг 4-6 % ига етади. Вақтида даволанмаса, бемор оғирлашиб қолиши мумкин.

III даражали дегидратация - рўй бериши дастлабки соатлардан оқ ич суриши ва қусиш жуда тез қайталаниб турганида кузатилади. Бунда қисқа муддат ичида бемор организми жуда кўп электролитлар (Na, K, Cl) ва суюқлик йўқотади. Шу даврда организмдан чиқиб кетган суюқлик ҳажми тана вазнининг 7-9 фоизгача бориб қолади. Беморнинг ташналик қийнайди, тери бурмалари узок вақт ёзилмайди, овози зўрға эшитилади. Қон босими сезиларли даражада пасаяди. Юз, қўл ва оёқ мускулларида кучли оғриқ берадиган тиришиш кузатилади. Сийдик ғоят кам ажралади. Қон қуюқлаша бошлайди, ундаги калий ва хлор миқдори камайиб кетади, натрий миқдори эса ортади.

IV даражали дегидратация - организм сув йўқотишининг энг юқори даражаси ҳисобланиб, йўқотилган сув тана вазнининг 10 фоизидан ва ундан ортиғини ташкил этганида кузатилади. Баъзан касаллик дастлабки соатлардан оқ шиддатли бошланади. Тўхтовсиз ич кетиши ва қусиш натижасида 8-10 соат давомидаёқ бемор ғоят сувсизланиб қолади.

IV даражали дегадратация холатидаги беморлар ўз вақтида суюқлик юбориб даволанмаган холларда ҳам, бундай оғир холат юзага келиши мумкин. Бу даврда сувсизланиш оқибатида қон қуюқлашади, юрак-қон томирлари фаолияти кескин бузилади, қусиш ва ич суриши эса тўхтаб ҳам қолади. Беморнинг қўл-оёқлари, сўнгра танаси совий бошлайди, тана ҳарорати 35°C гача тушиши мумкин, тери кўкимтир-тупроқ рангида бўлади, буришиб қолади. Томир уриши ва қон босимини аниқлаб бўлмайди. Юз, кўз, лаб атрофи кўкариб кетади. Тананинг деярли барча мускулларида узок давом этадиган тиришиш ва кучли оғриқ кузатилади. Нафас олиш сусайиб чуқурлашади (Чейн-Стокс).

Сийдик ажралиши тўхтаб қолади. Қондаги эритроцит ва лейкоцитлар сони кўпаяди (8-расм).

Диагностикаси. Қандай кўринишда ўтишидан катъий назар, вабо деб қўйиладиган дастлабки ташҳис бактериологик тасдиқланган бўлиши керак. Ташҳис қўйиш мақсадида бемор қусуқ массаси, нажасидан олиб 1% ли пептонли сувга экилади. Ич кетиши ва қусиш тез такрорланиб турганда кетмакет 3 та экма олинади. Экма олинганидан кейин беморга антибиотик бериш мумкин. Олинган экма 6 соат ичида лабораторияга етказилиши шарт. Вабо вибриони топилган холларда лаборатория тахлили 24 соат ичида дастлабки натижани беради, Якуний хулоса 48 соатдан сўнг аниқланади.

Вабо касаллигига ташҳис қўйилаётганида эпиданамнезнинг аҳамияти катта. Айниқса, меъда-ичак касалликлари билан оғриган бошқа беморлар билан, вабо тарқалган жойдан келиб қолган одамлар билан мулоқотда бўлгани ёки беморнинг ўзи кейинги 5 кун ичида шундай эпидемик ҳавфли жойларга бориб келганини аниқлаш зарур.

Диагностика мақсадида бемордан қон олиб, вибриоцид антителолар титри ҳам текширилади. У 2 марта ўтказилади. Касалликнинг 5-6 кунда ва орадан 10 кун оралатиб қон олинади.

Имкон бўлса, қондаги электролитлар ҳамда гематокрит кўрсаткичини аниқлаб, даволаниши унга муқобил равишда тавсия этилади.

Шуни ҳам айтиб ўтиш керакки, айниқса ёз фаслида вабо касаллиги билан оғриган беморда бир вақтнинг ўзида ичбуруғ, салмонеллез ва бошқа меъда-ичак юқумли касалликлари авж олиши мумкин. Бундай беморларда вабо белгилари тана ҳароратининг 38-39°C га кўтарилиши, қорин бўшлиғида вақти-вақти билан оғриқ бўлиши, ичак чиқиндисиди шиллиқ, қон борлиги билан давом этади. Шундай беморларнинг ичак чиқиндиларини вабо вибрионларига ҳамда ичак гурухи (дезинтерияга, салмонеллезга ва бошқа) микробларга текшириш зарур.

Эшерихиоз. Бу шартли патоген ичак таёқчалари бактериялари келтириб чақирадиган касалликдир. Уларнинг клиник белгилари токсинларининг турли таъсир хилларига қараб ҳар хил бўлганлиги учун эшерихиозларни патогенетик токсинларига қараб таснифланади.

Диарея белгиларини келтириб чиқаришда худди вабодаги каби бактериялар энтеретоксинлари муҳим аҳамият касб этади.

Вабога ўхшаб кечадиган эшерихиозларда касалликнинг яширин даври 1-2 кун. Касаллик ўткир бошланади. Беморлар холсизликка, қувватсизликка, бош оғригига шикоят қиладилар. Кейинчалик қориннинг юқори қисмида эпигастрал соҳада хуружли оғриқ, кўнгил айнаш, қайт қилиш кузатилади. Бир неча соатдан

сўнг ич сувдек, кўп миқдорда, патологик аралашмаларсиз 8-12 мартагача кетади. Сувсизланиш белгилари бошланади. Эшерихиознинг вабога ўхшаш белгилари касаллик бошланишида қоринда оғриқ бўлмаслиги, тана ҳароратининг кўтарилмаслиги ва сувсизланиш белгиларининг тезда ривожланишидир. Бу касалликнинг фарқли томони кейинчалик интоксикация белгиларининг кучайиши ва қоринда оғриқ бўлишидир. Эшерихиозда электролитлар баланси камроқ бузилади, вабодагига ўхшаш асоратлар бўлмайди.

Эшерихиозни ичбуруққа ўхшаган шакли ўткир бошланади, интоксикация белгилари кучсизроқ бўлади, тана ҳарорати деярли кўтарилмайди. Тенезм ва қайт қилиш кам ҳолларда бўлади. Ич кетиши 3-5 мартагача, суyoқ, шиллик ва қон аралаш бўлади. Эшерихиознинг бу шаклини ичбуруғ енгил кечишидан фарқлаш жуда қийин, бунда бактериологик текшириш усули асосий аҳамиятга эгадир.

Эшерихиозни энтеропатоген (0151 “Қрим”) хили клиник белгилари анчагина енгил кечиши билан ажралиб туради. Кўпчилик беморларда касаллик субклиник, 30-50% - енгил, қолганларда - ўртача оғирликда кечади.

Иерсиниозлар. Иерсиниозлар таснифидаги икки хил шакли диарея белгилари келтириб чиқаради. Биринчиси ичак иерсиниози, иккинчиси сохта сил бактериялари келтириб чиқарадиган касалликлардир. Касалликни ташҳис қилишда клиник белгиларни хилма хиллига (экзантема, лимфа тугунларининг заҳарланиши, ангина, сариклик мезоденит, аппендицит) ва текширув усуллари алоҳида ўрин тутаети. Касалликда ошқозон-ичак фаолияти зарарланиши белгилари ўткир бошланиб, тана ҳарорати 38-39°C, қалтираш, бош оғриғи, холсизлик, бўғинларда ва мушакларда оғриқ кузатилада. Кейнчалик қоринда, айниқса ўнг биқин соҳасида кучли оғриқ, ичнинг 10-15 марта кўп миқдорда, сувдек қўланса хидли кетиши кузатилада. Қорин чуқур пальпация қилинганда илеоцекал соҳада ёки қиндиқ атрофида оғриқ сезилади. Ўйғон ичакнинг айрим қисмлари қалинлашган ва оғриқли бўлади.

Таққослаш ташҳисида эпидемиологик белгилар (мавсумийлик, оммавий касалланиш, илдизмева ва сабзаётлар истеъмол қилиш) аҳамиятга эгадир. Махсус ташҳис - қўзғатувчиларни нажасдан, қусуқ моддаларидан, қондан (септик шаклида) чарви лимфа тугунларидан ва аппендикс бўлагидан (жарроҳлик муолажаси қилинса) топишга асосланади. Бактериологик текширишлар ҳар доим юқори натижа бермаганлиги учун қўшимча агрегация реакцияси (РА) ва нотўғри гемагрегация реакцияси (РНГА) каби серологик текширишлар ўтказилади.

Кампилобактериоз. Юқумли ичак касалликларидан энтерит (гастроэнтерит) белгилари билан кечадиганларини таққослаш ташҳисда албатта кампилобактериознинг гастроинтестинал шаклини ҳам кўриш керак. Касаллик кўпроқ ёш болаларда, катталарда эса спорадик ҳолатда бир қўзғалиш билан кузатилади. Касаллик резервуарлари ва манбаи бўлиб асосан уй ва қишлоқ хўжалиги ҳайвонлари ҳисобланади. Одамлар асосан сув ва зарарланган озуқа моддалари орқали касалланадилар. Бу касб касаллиги бўлиб ҳисобланиб, кўпроқ ҳайвонлар билан мулоқотда бўлувчиларда учраши мумкин. Яширин даври 1-5 кун (кўпинча 1-2 кун). Касаллик ўткир бошланиб, интоксикация белгилари, гастроэнтерит белгилари ва юқори тана ҳарорати кузатилади. Беморлар кўнгил айнашига, эпигастрал соҳасида оғриқ бўлишига, айрим ҳолларда қайт қилишига шикоят қиладилар. Ич келиши кўп миқдорда суяқ кўпириб келади, шиллиқ ва қон аралаш келиши катталарда деярли кузатилмайди, болаларда эса кўпроқ бўлади. Сувсизланиш белгилари кузатилиши мумкин. Диарея белгилари 1-1,5 ҳафта давом этиши мумкин.

Кампилобактериоз гастроинтестинал шаклини бошқа турдаги гастритлардан фарқлаш бир мунча қийинроқдир. Бунда эдидемиологик анамнез (ҳайвонлар билан мулоқот, оммавий заҳарланиш) муҳим аҳамиятга эга. Ташҳис қўзғатувчиларни нажасдан ажратиб олиш билан тасдиқланади. Экма бриллиантли кўк аралаштирилган қаттиқ озуқа моддаларига олинади. Касалликка ретроспектив (реконвалесценция даврида) ташҳис қўйиш учун 10-14 кун оралиғида кўп зардоблар билан серологик реакциялар ишлатилади.

Ротавирус инфекцияси. Ротавирусли гастроэнтеритда болаларда ва катталарда ҳам интоксикация ва диарея белгилари бўлади. Ичнинг суяқ келиши деярли ҳамма беморларда учрайди (А.Т.Букринский ва бошқалар, 1989). Гастроэнтерит белгиси иштаханинг пасайиши, қоринда кўп ғулдираш, кўнгил айнаши ва қайт қилиш билан бошланади. Касаллик енгил кечган беморларда ич кетиши сувдек, кўкимтир-сарик рангли кўпиксимон бўлиб, суткасига 5-7 дан 10-15 мартагача бўлиши мумкин. Касалликнинг биринчи ҳафтаси охирларида ич келиши нормаллашади.

Ротавирусли гастроэнтеритнинг ичнинг рангсиз кетиши шаклида вабодан фарқлаш қийинчилик туғдиради, чунки нажас характери деярли бир ҳил кўринишида бўлади, Иккала касаллик ҳам оғир кечганда дегидратация белгилари яққол намоён бўлади. Аммо ротавирусли гастроэнтеритда II ва IV даражали сувсизланиш белгилари деярли бўлмайди. Регидратация чоралари вабода яхши ёрдам беради, ротавирусли гастроэнтеритда эса интоксикация белгиларини бутунлай йўқотмайди. Ротавирусли гастроэнтеритда асосий

фарқли белги бўлиб беморларда юмшоқ танглай шиллик қаватларида, ёйда ва тилчада катарал белгилар, халқумда шамоллаш белгилари ва майда донаторлик бўлади.

Ротавирусли гастроэнтеритларнинг фарқли эпидемиологик белгилари бўлиб, киш-баҳор ойларига хос мавсумийлик, юқори зарарланиш даражаси, инфекциянинг антропоноз характердалиги ҳисобланади. Ротавирусли гастроэнтеритни бошқа диарея касалликларидан фарқлашни асосий усули бўлиб махсус лаборатор текширувлар (вирусларни топиш, ИФА усули билан вирус антиген ва антитаначаларини топиш, нуктали гибридизация усули, РСК ва бошқалар) ҳисобланади.

Аденовирус инфекцияси. Аденовирус инфекциясининг клиник белгиларидан бири вирусли диарея ҳисобланади. Бу белгига қўшимча равишда аъзолардаги зарарланишга тегишли клиник белгилар (кератоконъюнктивит, ринит, фарингит, полиаденопатия, бронхит) кўшилиб келганлиги учун бу касалликка ташҳис қўйишда бир оз енгиллик туғдириши мумкин. Аденовирусли деареяда ич келиши 4-5 марта, сувдек, патологик аралашмаларсиз, қоринда оғриқ кучсиз, кучли сувсизланиш белгилари кузатилмайди.

Энтеровирус инфекцияси. Энтеровирусли диарея касаллиги асосан киш ва баҳор ойларида кузатилиб, оммавий холларда учрайди. Касаллик енгил интоксикация ва гастроэнтерит клиник белгилари билан ўтади. Беморларда юмшоқ танглайда шиллик қаватларда гиперемия ва ўзига хос ҳамда донаторлик бўлганлиги учун бу касаллик кўпроқ ротавирусли гастроэнтеритларга ҳам ўхшаб кетади. Бу касалликка ташҳис қўйишда бир оз қийинчилик туғдириши мумкин. Ротавирусли гастроэнтеритлар эпидемия ҳолида тарқалганда полиморф клиник белгилар билан бирга асосий синдром диарея белгиси бўлади. Энтеровирус касаллиги эпидемия ҳолида учраганда аксинча, ҳар хил клиник белгилар билан бирга касалликнинг ҳар хил клиник шакллари ҳам учрайди. Аниқ нозология ташҳис вирусларнинг тури ва гуруҳига (Коксаки, ЕСНО ва бошқалар) тааллуқли антигенларни серологик текшириш усули билан қўйилади. Ташҳис кўш зардоблар билан серологик реакция қўйилганда қондаги антителолар миқдори 4 баробардан ошиқ бўлса тасдиқланади.

3.4. КОЛИТ БЕЛГИЛАРИ БИЛАН КЕЧАДИГАН ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР

Ичбуруғ (дизентерия). Ўткир колит белгилари билан кечадиган касалликлардан асосийларидан бири бўлиб ичбуруғ ҳисобланади.

Умуман олганда, дизентерия асосан интоксикация ва колитик синдром билан таърифланади. Гастроэнтероколитик хилида булардан ташқари гастрит ва энтерит аломатлари ҳам кўринади. Инкубацион давр купинча 2-3 кун давом этади, у 1 кунгача қисқариши ва 7 кунгача чўзилиши мумкин. Касаллик кўпинча тўсатдан бошланади. Беморнинг эти увушиб, ҳарорати 38- 39⁰ С гача кўтарилади ва 2-4 кунгача юқори бўлиб туради. Ҳарорат субфебрил даражада ёки нормал бўлиши ҳам мумкин. Ҳарорат юқори бўлганда кўпчилик беморларнинг боши оғрийди, дармони куриб, бадани қақшайди, кайфияти ёмон бўлади.

Томир уриши ўзгарувчан бўлади, пульс мароми бузилиб, қон босими пасаяди, юрак тонлари буғиқлашади, нозик систолик шовқин эшитилади. Интоксикация кучли бўлганда коллапс юз бериши мумкин.

Бемор қорнининг чапки паст томони бураб оғрийди. Ҳар гал ҳожатхонага бориш олдидан қорин оғриғи безовта қилади. Ҳожатхонага бориш зарурияти туғилганда, орқа тешик ачишиб, қаттиқ оғрийди ва бу беморни анча безовта қилади. Қоринни пайпаслаганда, йўғон ичакда, айникса, унинг чап қисми безиллаб туради ва қисқарган холда худди арқонга ўхшаб қўлга ўннади.

Симптомлари яққол кўринган дизентерияда беморнинг аҳволи оғир бўлади, у бир кеча-кундузда 20-30 марта ҳожатга бориши мумкин. Лекин ҳар гал тувакдан турганда бемор енгиллик сезмайди, у гуё ўзини ҳожат қилмагандек ҳис қилади. Бир кеча-кундузда беморнинг ичи тез-тез келса ҳам тушадиган аҳлат миқдори 0,5-1,0 л дан ошмайди. Чунки бемор ҳожатга борганида озгина аҳлат ва унга аралашиб асосан шиллиқ ва йиринг чиқади. Шиллиққа озгина қон аралашган бўлади. Касаллик зўриққан вақтда беморнинг ичидан аҳлат эмас, балки фақат қон аралаш шиллиқ билан йиринг келади. Йўғон ичак қисқарган холда бўлганлиги сабабли аҳлат ингичка ичакда тўхтаб қолади. Дизентерия оғир ўтганида бемордан худди гўшт селига ўхшаш суюқлик келади. Дизентерия интоксикацияси оқибатида сўлак беши ва бошқа ҳазм безларининг фаолияти бузилади: оғиз курийдиган, меъда ширасининг протеолитик хусусияти, ундаги кислота миқдори камаяди. Меъда ва ичакларнинг ҳаракат фаолияти ва секрецияси ҳам бузилади.

Интоксикация кучли бўлган холларда меъда ости беши ва жигар фаолияти

бузилади. Протеинурия, микрогематурия, лейкоцитурия, цилиндрүрия ва қовуқ сфинктерининг спазмига хос белгилар аниқланади. Қон текширилганда бир оз лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши, моноцитоз аниқланади. ЭЧТ бир оз тезлашади. Дизентериянинг авжига чиқадиган даври 1-2 кундан 8-9 кунгача давом этади.

Касаллик симптомларининг сўниш даврида интоксикация ва колит аломатлари камаяди. Соғайиш даврида ҳамма органларнинг фаолияти нормаллашади ва организм дизентерия бактерияларидан халос бўлиб боради.

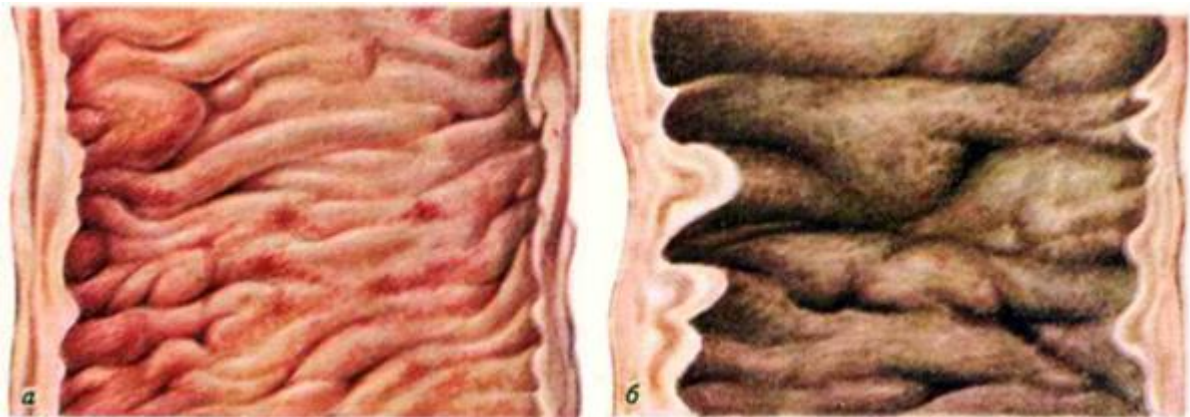
Колитик хили. А) Касалликнинг енгил шакли тўсатдан бошланади, ҳарорат қисқа муддатда 37-38 °С даражагача кўтарилади. Бемор дармони қуриб, иштаҳаси бўғилади, кейинроқ қорни бир оз оғрийди. Бир кеча-кундузда 3-5 марта хожатга боради. Ахлати суюқ ва шилимшиқ, баъзан қон аралаш бўлади. Лекин беморларнинг иш қобилияти сақланиб туради. Пайпаслаганда йўғон ичакнинг чапки паст қисми оғрийди ва қисқариб, таранг тортиб тургани кўлга ўннайди. Ректоскоп билан текширилганда йўғон ичакда катарал ва катарал-геморрагик яллиғланиш аломатлари кўрилади (3.3.-расм). Дизентериянинг бу шакли кўпинча 3-4 кун, баъзан 7-8 кун давом этади. Сўнгра бемор соғая бошлайди.

Б) Дизентериянинг ўртача оғирликда ўтадиган колитик шакли тўсатдан бошланади, бемор боши оғриб, эти увишади, бадани қакшайди. Ҳарорати 39-40 °С гача кўтарилади ва 2-3 кун ўтгач, пасаяди. Иштаҳа йўқолиб, бемор кўнгли айниб, баъзан қусади, қорни қаттиқ бураб оғрийди. Бир кеча-кундузда 10-20 мартагача хожатга боради, хожат вақтида асосан қон аралаш шиллиқ келади. Бундай симптомлар 2-3 кундан сўнг аста-секин камаяди ва бемор аҳволи яхшилана бошлайди. Ректоскоп билан текширилганда катарал-геморрагик ва катарал-эррозив проктосигмоидит аниқланади. Бир ярим - икки ҳафтадан сўнг соғайиб кетади.

В) Дизентериянинг оғир колитик шакли бирданига бошланади, ҳарорат 39-40°С гача кўтарилиб, кучли интоксикация бўлади. Бемор баъзан алахлайди, кўнгли айниб, қайт қилади. Қорни қаттиқ оғрийди, тез-тез сияди, орқа тешиги доим деярли ачишиб оғриб туради. Бир кеча-кундузда 50 ва ундан кўпроқ марта хожатга боради. Хожат вақтида қон аралаш шиллиқ, баъзан гўшт селига ўхшаш суюқлик келади. Бемор дармони қуриб, жуда холдан кетади. Териси ва шиллиқ пардалари қуруқлашиб қолади. Қон босими пасаяди, тахикардия кузатилади. Қорин дам бўлиб шишади, анус сфинктери ишламайди, гўшт селига ўхшаш суюқлик оқиб туради. Кучли интоксикация таъсирида бемор баъзан кома ҳолатига тушиб, алахлаб ётади. Қон айланишида чуқур ўзгаришлар юз беради.

Бундай беморларга кечиктирмай ёрдам бериш зарур бўлади. Йўғон ичак пайпаслаб кўрилганда қаттиқ оғриқ бўлади. Бундай оғир аҳвол 7-10 кунгача давом этади. Ректоскоп билан текширилганда катарал-геморрагик, катарал-эрозив ўзгаришлар, баъзан эса яралар аниқланади.

Ичбуруғ ва сальмонеллэзнинг гастроэнтероколит шаклини таққослаш бирмунча қийинчиликларга эга. Шунини эса сақлаш керакки, сальмонеллэзда интоксикация белгилари биринчи куниданоқ кучли бўлиб, беморлар коллапс ҳолатига тушиб қолишлари мумкин. Ичбуруғда эса интоксикация белгилари кечроқ (икки - уч кунда) бошланиб, коллапс ҳолати кам ҳолларда учрайди. Сальмонеллэда кўпроқ гастроэнтерит белгилари устунлик қилади, ичбуруғнинг гастроэнтероколит шаклида эса гастроэнтерит белгилари қисқа бўлиб, тезда гастроэнтероколит белгиларига ўтади (тенезм, йўғон ичак бўйлаб оғриқ, “ичак туфуги” белгиси, ичнинг шиллик ва қон аралаш келиши). Асосий ташхис бактериологик, серологик, аллергологик ва асбоблар ёрдамида текшириш орқали қўйилади ва тасдиқланади.



9-расм. а- ўткир катарал колит
б- фибриноз-некротик колит (А.Ф.Билибин)

Дизентериянинг гастроэнтероколитик хили худди овқат токсикоинфекциясига ўхшаб, қисқа инкубацион даврдан сўнг бирдангина бошланади. Кучли интоксикация ва гастроэнтероколитга хос симптомлар кузатилади. Бемор қайта-қайта қусади, шир-шир ичи кетади. Бошланишида аҳлатида қон ва йиринг бўлмайди. Қориннинг ҳамма ери оғрийди. Бемор аҳволининг оғир ёки энгиллиги организм йўқотган суюқлик миқдорига боғлиқ бўлади. Касаллик энгил ўтганда сувсираш - дегидратация кузатилмайди, дизентерия ўртача оғирликда ўтганда 1-даражадаги дегидратация юз беради, касаллик оғир ўтганда 2- ва 3-даражадаги дегидратация аниқланади. Бемор кўп суюқлик йўқотган ҳолларда гиповолемик шок бошланиши мумкин.

Дизентериянинг гастроэнтерик варианты ҳам учрайди. Бунда гастроэнтерит белгилари ва дегидратация аломатлари яққол кўрингани холда колит симптомлари бўлмайди. Дизентериянинг колитик хилида ҳам, гастроэнтероколитик хилида ҳам касаллик белгилари етарли билинмайди. Беморнинг қорни салгина оғрийди, 1-2 кун давомида ичи бузилади. Ахлатида қон ва шиллиқ бўлмайди. Бемор ҳарорати кўтарилмайди, қорин пайпасланганда озроқ оғриқ бўлади. Ахлат микроскоп остида текширилганда ҳар бир кўриш майдонида 20 ва ундан кўп лейкоцитлар кўринади. Ректоскоп билан текширилганда катарал проктосигмоидит манзараси кўринади. Диагностикада анамнез маълумотлари муҳим роль ўйнайди. Баъзан ўткир дизентерияга хос белгилар 1,5 ойдан 3 ойгача чўзилиши мумкин. Касалликнинг бундай хилини чўзилган дизентерия деб аталади.

Сурункали дизентерия. Ўткир дизентерияли беморлар 2-5% холларда сурункали хилига ўтади. Нерв системаси, меъда, жигар, меъда ости безлари касалликлари ва ҳар хил гижжа ёки содда ҳайвонлар инвазияси, авитаминоз, алиментар дистрофия ва бошқалар сурункали дизентерия шаклланишига сабаб бўлади.

1. Сурункали дизентериянинг рецидивли хили кўпроқ учрайди. Бунда вақти-вақти билан дизентерия симптомлари қайтарилиб туради. Рецидивлар бир неча марта такрорланиши мумкин. Рецидив вақтида асосан колит синдроми кузатилади. Бундай беморларда меъда, ингичка ичак, меъда ости беzi, гепатобилиар система аъзолари зарарланади. Беморлар асаби бузилиб, тажанг бўлиб қолади. Кўпинча бош оғрийди, иш қобиляти пасаяди. Вегетатив нерв системаси фаолияти ҳам бузилади. Рецидивда ректоскопия манзараси худди ўткир дизентериядагига ўхшаш бўлади. Рецидивлар орасида беморлар аҳволи бир қадар яхшиланиб қолади. Иш қобиляти тикланади. Аммо бундай кишиларнинг қорни дам бўлиб, мижиғлаб оғриб туради, эпигастрал соҳада оғирлик сезилади.

2. Сурункали дизентериянинг узлуксиз давом этадиган хилида касаллик симптомлари кундан-кунга авж олиб, бетухтов давом этади ва беморнинг аҳволи борган сари оғирлашиб боради. Овқат ҳазм қилиш бузилади, бемор озиб кетади, гиповитаминоз, камқонлик ва дисбактериоз аломатлари кузатилади. Сурункали дизентериянинг бу хили кексайиб қолган ва умман касалманд, заиф кишиларда учрайди.

Дизентерия асоратлари: Ўткир дизентериядан сўнг беморларнинг 5-15% да рецидив учрайди. Рецидивда баъзан дизентериянинг ҳамма симптомлари кўринади, бошқа холларда эса унинг айрим белгиларигина пайдо бўлади. Баъзи

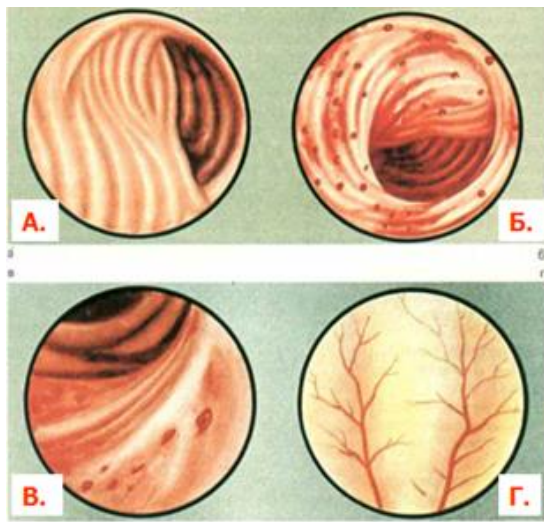
холларда тўғри ичак чиқиб қолиши, орқа тешик девори дарз кетиши, бавосилнинг зўрайиши ва камдан-кам ичак ёрилиши, натижада перитонит ривожланиши мумкин.

Диагностикаси: Эпидемиологик маълумотлар ва клиник симптомлар билан бир қаторда дизентериянинг диагностикасида лаборатор натижалар ҳам муҳим роль ўйнайди. Бактериологик усул жуда муҳим, бироқ беморларнинг фақат 22-80% дангина дизентерия микробларини ажратиб олиш мумкин бўлади. Бемор ахлатини экиб ундиришда тартиб қоидаларига алоҳида эътибор бермоқ керак. Беморга антибиотиклар тайинланмасдан олдин унинг ахлати Плоскирёв озиқ муҳитига экилади.

Эгри гемагглютинация реакцияси ҳам касалликнинг 5-кунларидан бошлаб мусбат натижа бера бошлайди. Унинг диагностик титри 1:160 ва ундан юқори. Унинг титри 2 ҳафта давомида кўпайиб боради, 4 ва 5-ҳафталардан кейин камая бошлайди. Иммунофлюоресцент усулдан ҳам фойдаланилади. Бемор ахлатини микроскоп остида текширилганда лейкоцитлар, эритроцитлар ва эпителиал ҳужайралар топилади.

Ректороманоскопия жуда катта аҳамиятга эга бўлган текширув усулидир. Ректоскоп ёрдамида йўғон ичакнинг пастки 30 см ли қисми шиллиқ пардасида юз берган патоморфологик ўзгаришларни кўз билан кўриш мумкин бўлади. Ректоскопда қуйидагича манзаралар кўзга ташланади:

- катарал проктосигмоидит;
- катарал геморрагик проктосигмоидит;
- эрозив проктосигмоидит;
- ярали проктосигмоидит.



10-расм.

А. Соғлом йўғон ичак шиллиқ қавати.

Б. Катарал-фолликуляр колит.

В. Эрозив-ярали колит.

Г. Атрофик колит.

Дизентерия диагностикасида Цуверкалов аллергик реакциясидан ҳам фойдаланилади. Анамнез, эпидемиологик маълумот, клиник симптомлар, лаборатория текшириш натижалари ва ректоскопия

манзараларини чуқур таҳлил қилиш йўли дизентерияни қуйида қайд қилинган

касалликлардан ажратиб, аниқлаб олиш мумкин бўлади.

Амёбали ичбуруғ. Касаллик кўпроқ Ўрта Осиё ўлкалари ва Кавказ минтақаларида ёз-куз ойларида кузатилади. Касаллик аста-секин бошланади. Ич келиши 3-5 мартага кўпайиб бутқасимон, ахлат сифатини сақлаган, кўп миқдорда шиллик ва бир тексда таркалган “малинасимон” қон аралаш келади. Нажасдаги шиллик тувак тагига (тубига) ёпишиб қолади ва энгаштирганда кўчиб кетиши қийинроқ (бактерияли ичбуруғда шиллик суюкроқ бўлади, қон ранги тиниқ қизил бўлиб шиллик аралаш бўлади). Қоринда оғриқ кучсиз, интоксикация белгилари енгил бўлади. Ўз вақтида махсус даволаш курси ўтказилмаса, касаллик узоқ вақт давом этиб тўлқинсимон кечиши мумкин. Умумий кўриқда бактерияли ичбуруғдан фарқли равишда кўричак соҳасида оғриқ ва инфилтратлар, йўғон ичак проксимал қисмларида кучсиз, аммо доимий оғриқ кузатилади. Жигар кўпинча катталашади. Колонофиброскопия усулида текширилганда ўнг томонлама гемеколит, ҳар хил катталиқдаги яралар кўринади. Яралар шиллик ва шиллик ости каватларигача чуқурликда бўлиб детритлар билан қопланган, агарда тегиб кетилса қон кетишлар кузатилади. Яна ўзига хос томони шундаки, яра атрофидаги шиллик қаватларда деярли ўзгаришлар бўлмайди.

Амёбиаз ичбуруғига махсус ташхис қўйишда бемор нажасидан амёбанинг катта вегетатив (тўқима) шаклини эритроцитларни фагоцитоз қилган ҳолатида (паразитоскопия) топишга асосланади.

Агарда нажасдан амёбанинг оралик ёки циста ҳолатлари аниқланса, бу ташхис қўйишга асос бўла олмайди, чунки бу ҳолат соғлом паразит ташувчиларда ҳам топилиши мумкин. Нажасдан эозинофиллар Шарко-Лейден кристаллари, эритроцитларни устунсимон ҳолда аниқлаш амёбали ичбуруғда кўшимча ташхисга асос бўла олади.

Балантидиаз. Бу касаллик қишлоқ шароитида кўпроқ тарқалган бўлиб, асосан чўчкалар билан мулоқатда бўладиганларда учрайди. Касалликнинг ўткир шакли худди амёбали ичбуруққа ўхшаб кетади. Касалликка кучли интоксикация белгилари: кўнгил айниши, қайт қилиш, нотўғри турдаги юқори тана ҳарорати ва оғрироқ кечиши хосдир. Касаллик ўткир бошланиб, қоринда кучли оғриқ, ичнинг суюқ, шиллик ва қон аралаш (20 мартагача), чириш белгиларини эслатувчи кучли қўланса ҳид билан кетиши кузатилади. Қорин дам бўлиб, йўғон ичак бўйлаб оғриқ, жигарнинг катталашини безовта қилади. Ректоромоноскопия қилинганда блантидиазга хос бўлган яралар кўрилади. Касаллик вақтида даволанмаса сурункали шаклига ўтиши мумкин (В.И.Покровский, 1983).

Балантидиазга ташҳис қўйишда худди амёбали ичбуруғдаги каби микроскопия (паразитоскопия) ва қисман нажасни махсус озуқа муҳитларига экиш асосий аҳамиятга эга. Нажасдан топиладиган бундай паразитлар соғлом одамларда ҳам учраб қолиши мумкин. Шунинг учун блантидиазга ташҳис қўйишда асосан эпидемиологик кўрсатмалар, клиник, ректоромоноскопия белгилари ва бошқа этиологияли ичак инфекциялари инкор этилган ташҳис тўлиқ тасдиқланади.

Лямблиоз. Лямблиозда асосий клиник белги энтерит белгилари ҳисобланиб, ич кетиши кўп миқдорда, сувдек, кўпикли, кўкимтир рангли ва кўланса ҳидли бўлади. Умумий нтоксикация белгилари кузатилмайди. Касалликка тўлқинсимон кечиш ҳосдик ва кўп рецедив беради. Йўғон ичак зарарланиши иккиламчи ҳолатдир.

Қоринда оғриқ асосан мезогастрал соҳада бўлади. Касалликнинг сурункали кечиши ойлаб ва йиллаб давом этиши мумкин, бунда ремиссия босқичи қайталаниш босқичи билан алмашиб туриши мумкин. Ўт йўлларида ва ўт қопида дискинезия, неврастения белгилари кузатилиши мумкин. Ташҳис қўйишда лямблияларни ингичка ичакнинг юқори қисмидан, 12 бармоқли ичак маҳсулотлари ва нажасдан ажратиб олишга асосланади. Шунини таъкидлаш лозимки, лямблияларни одам организмидан топиш ҳар доим ҳам инфекциянинг ўткир босқичидан далолат бермайди. Қўшимча таққослаш ташҳиси усули бўлиб, «ex juvantibus» бўйича даволаш ёки паразитларга қарши тахминий даволаш ҳисобланади. Агар даволаш яхши самара берса, ташҳис ижобий бўлиши мумкин.

Носпецифик ярали колит. Юқумли ва юқумли бўлмаган диарея белгиларини таққослашда ва ташҳис қўйишда носпецифик ярали колитнинг ўткир шакли муҳим аҳамиятга эга. Касаллик ўткир бошланиб, ич кетиш суткасига 10-20-30 мартагача бориши мумкин. Нажас шакли бўтқасимон ёки суюқ бўлиб қон, шиллиқ ва йиринг аралаш бўлади. Қоринда хуружли оғриқлар кузатилади. Юқори ҳарорат ва бошқа умумий зарарланиш белгилари бўлади. Ичбуруғдан фарқли равишда бунда нажасда қон миқдори кўпроқ (5-20 ва ундан кўп), шунингдек касаллик бошларида аввал фақат қон, кейинчалик эса шиллиқ ва йиринг келиши кузатилади. Ичбуруққа хос бўлган нажаснинг ахлат сифатини йўқотиши, ичнинг кам миқдорда (“ичак туфуги”) келиши ёлғон чақириқлар, тенезмлар ярали колитларга хос эмас. Антибиотиклар билан даволашни самара бермаслиги кўпроқ ярали колитга хос белги ҳисобланади. Ташҳис қўйишда асосий ҳал қилувчи усул ректоромоноскопия усули бўлиб, бунда ярали колитга хос белгилар - шиллиқ қаватларда кучли ўзгаришлар,

тарқалган гиперемия, эрозия ва некрозлар, йўғон ичакнинг бошқа касалликларига хос бўлмаган ярадан қон тирқираб оқиши белгилари кузатилади. Касалликнинг оғир ҳолларида анус атрофида ёрикчалар ва туғри ичакнинг ташқарига чиқиши ҳам кўрилади. Анус сфинкторларининг иккиламчи зарарланиши натижасида суяқ нажасни, қон ва шиллиқни тута билмаслик ҳоллари бўлиши мумкин. Кўшимча ташҳис усуллари бўлиб колоноскопия, рентгеноскопия копрология, биопсия, ҳамда қонда гипопротеинемия, анемия ва иммун тақчиллиги белгилари ҳисобланади.

Крон касаллиги. Крон касаллигини яралди колитдан фарқи бўлиб жараённинг йўғон ичак кўндаланг қисмининг шиллиқ ости қаватида жойлашганлигидир ва касаллик узлукли давом этади. Туғри ичак камдан-кам ҳолларда зарарланади. Кўпроқ оғриқ бўлади, қон кетиши камроқ учрайди. Ректоромоноскопияда ичакда ўзига ҳос ўралган яралар кузатилади.

Дисбактериоз. Ҳар хил сабаблар келтириб чиқарган дисбактериозларда (ферментлар етишмовчилиги, очлик, авитаминоз, кўп миқдорда гормонлар буюриш, кимёвий дорилар ва антибиотиклар ичиш, организм иммунологик ҳолатини сусайиш ва ҳоказолар) ичакларда аста-секин ривожланган яллиғланиш кузатилиб ҳар хил клиник белгиларда намоён бўлади.

Инфекция тарқалиб кетмаган ҳолларда беморларда кўнгил айнаши, қайт қилиш, тана ҳароратининг кўтарилиши, ичнинг шиллиқ ва айрим ҳолларда қон аралаш келиши кузатилади. Ичак бўшлиқларида ортиқча газ йиғилиб, ичак перистальтикаси кучайганда қоринда оғриқ бўлади. Дисбактериозда бўладиган диарея белгиларининг бошқа юқумли ичак касалликларидан фарқи шундаки, юқумли ичак касалликларида умумий интоксикация белгилари ўткир намоён бўлиб, кейинчалик кучаяди, ич кетиши кўпаяди. Дисбактериоз аста-секин бошланиб узок давом этади, мақсадга мувофиқ буюрилган дорилар таъсирида ҳам нажас узок вақт суяқроқ ҳолатда бўлиши мумкин. Ректоромоноскопияда катарал ёки катарал-геморрагик проктосигмоидит, айрим ҳолларда йирикроқ яралди ўзгаришларни кўриш мумкин (В.Н.Красноголовец, 1989).

Мавзу бўйича тест саволлари:

1. Диарея билан кечадиган касаллик учун қайси клиник симптом умумий ҳисобланади?
 - А. Ич кетиш, қусиш, олигаурия;
 - Б. Интоксикация, истима, холсизлик;
 - В. Қусиш, холсизлик, бош оғриғи;
 - Г. Тана ҳароратини кўтарилиши, холсизлик, қусиш.

2. Қайси юқумли ичак касаллигида қоринда нисбатан оғриқ кузатилмайди?

- А. Вабо;
- Б. Дизентерия;
- В. Сальмонеллёз;
- Г. Эшерихиоз;
- Д. Амёбиаз.

3. Қайси юқумли ичак касаллигида колитик синдром кўпроқ кузатилади?

- А. Дизентерия;
- Б. Озиқ-овқат токсикоинфекцияси;
- В. Салмонеллёз;
- Г. Эшерихиоз;
- Д. Амёбиаз.

4. Қайси юқумли ичак касаллигида колитик синдром кузатилмайди?

- А. Овқат токсикоинфекцияси;
- Б. Эшерихиоз;
- В. Дизентерия;
- Г. Амёбиаз;
- Д. Салмонеллёз.

5. Қайси юқумли ичак касаллигида аҳлатнинг ранги кўкимтир ва бадбўй бўлади?

- А. Салмонеллёз;
- Б. Дизентерия;
- В. Вабо;
- Г. Эшерихиоз;
- Д. Гельминтоз.

6. Қайси юқумли ичак касаллигида йўғон ичакнинг дистал қисми кўпроқ яллиғланади?

- А. Дизентерия;
- Б. Салмонеллёз;
- В. Вабо;
- Г. Ичак иерсиниози;
- Д. Ўлат.

7. Кучли сувсизланиш белгилари қайси ичак инфекциясида кузатилади?

- А. Вабо;
- Б. Салмонеллёз;
- В. Дизентерия;
- Г. Эшерихиоз;
- Д. Лямблиоз.

8. Йўғон ичакни дистал қисмини ўткир яллиғланишида ректоскопияда қандай патологик ўзгаришлар аниқланмайди?

- А. Атрофик проктосигмоидит;
- Б. Катарал проктосигмоидит;
- В. Катарал эрозив проктосигмоидит;
- Г. Ярали сигмоидит;
- Д. Некротик сигмоидит.

9. Эрозив, геморрагик ва ярали проктосигмоидит қайси ўткир ичак инфекциясида кўпроқ учрайди?

- А. Дизентерияда;
- Б. Озиқ – овқат токсикоинфекцияси;
- В. Салмонеллёз;
- Г. Вабо;
- Д. Ботулизм.

10. Қайси ўткир ичак инфекциясида йўғон ичакнинг пастки (дистал) қисми ректоскопияда кўрилганда яллиғланиш белгилари кўринмайди?

- А. Вабо;
- Б. Дизентерия;
- В. Эшерихиоз;
- Г. Амёбиаз;
- Д. Қорин тифи.

11. Салмонеллёзда қайси клиник шакл кузатилмайди?

- А. Бирламчи сурункали;
- Б. Гастритик;
- В. Гастроэнтероколитик;
- Г. Тифга ўхшаш (ичак бузилиши билан ўтадиган хили);
- Д. Энтероколитик.

12. Қуйидаги текшириш усулларида қайси бири ичак амёбиази этиологиясини аниқлайди?

- А. Нажас микроскопияси;
- Б. Ректороманоскопия;
- В. Биликультура;
- Г. Гемокультура;
- Д. Копрокультура.

13. Ўткир ичбуруғ қандай касалликлар билан таққосланади?

- А. Салмонеллёз, эшерихиоз, тўғри ичак раки;
- Б. Аскаридоз, лямблиоз;
- В. Геминолипидоз, амёбиаз;
- Г. Бруцеллёз, носпецифик ярали колит;
- Д. Куйдирги, ичак раки.

14. Ичбуруғ колит шаклидаги нажас хусусиятини кўрсатинг:

- А. Оз-оздан кўп миқдорда, шилликли, қоннинг кўп бўлиши;
- Б. "Малина желеси"га ўхшаган;
- В. Кўп миқдорда суяқ шилликли;
- Г. Гуруч ювинди сувидек;
- Д. Қоннинг кўп бўлиши.

15. Ичбуруғ колитик шаклига тегишли клиник белгини кўрсатинг:

- А. тенезм ва ёлғон чақирувлар;
- Б. ични кўп миқдорда сувсимон кетиши;
- В. қабзият ва ич кетиш алмашилиб туриши;
- Г. ични малинасимон характерлиги;
- Д. аҳлат қон билан кетиши.

16. Ўткир ичбуруғ ташхисида қандай лаборатор усуллар қўлланилади?

- А. нажасни бактериологик текшируви;
- Б. бурундан суртма олиш;
- В. перианал соҳадан суртма;
- Г. копроскопия;
- Д. биохимик.

17. Вабода бактериологик текшириш учун олинадиган моддаларни кўрсатинг:

- А. нажаси ва қусуқ моддаси;
- Б. ҳалқумдан суртма олиш;
- В. тўғри ичакдан суртма олиш;
- Г. перианал қатламидан суртма олиш;
- Д. бурундан суртма олиш.

18. Вабони 5 та клиник хусусиятини кўрсатинг:

- А. тўсатдан бошланиши, ич келиши суяқ оғриқсиз, гуруч ювиндисига ўхшаш, хидсиз;
- Б. қоринда кучли хуружли оғриқ бўлади;
- В. ич кетиши қўланса хидли, шиллиқ аралаш, доимий кўнгил айнаши, қайт қилиш;
- Г. узоқ вақт давомли юқори тана ҳарорати, кўнгил айнаш билан қайт қилиш;
- Д. кўнгил айнаш билан қайт қилиш.

19. Вабо ва салмонеллэзнинг фарқловчи белгиси:

- А. Кўнгил айнимасдан қайт қилиш;
- Б. Терида розеолэз тошмалар;
- В. Қон аралаш суяқ ахлат;
- Г. Кўнгил айнаш, қайт қилиш;
- Д. Қонли балғам.

20. Эшерихиознинг вабога ўхшаш турига характерли бўлмаган белги:

- А. Тенезмлар;
- Б. эпигастрий ва киндик атрофида хуружсимон оғриқлар;
- В. кўнгил айнаш, қайт қилиш;
- Г. сувсимон ич кетиш;
- Д. сариклик.

21. Салмонеллэз гастроинтестинал шаклида клиник белгилар мажмуини кўрсатинг:

- А. Интоксикация белгилари, ошқозон-ичак зарарланиши;
- Б. Гипотензив синдром;
- В. Оғриқ ҳисобига беҳушлик;
- Г. Гипертензив синдром;
- Д. Интоксикацион шок.

22. Салмонеллёз гастроэнтерит шаклининг клиник белгисини кўрсатинг:

- А. Истима, қалтираш;
- Б. Ичнинг кўп, суюқ кетиши;
- В. Кўнгил айнаши, қайт қилиш;
- Г. Қориннинг ҳамма ерида оғрик, нохушлик;
- Д. Бош оғриғи.

23. Салмонеллёз гастроэнтерит турида нажаснинг хусусиятини кўрсатинг:

- А. Суюқ, кўп миқдорда кўкимтир, кул ранг, бадбўй, қўланса хидли, бир оз шиллик билан;
- Б. Оз-оздан кўпиксимон;
- В. Шиллик ва кўп миқдорда, қонли;
- Г. Ҳазм бўлмаган овқат қолдиқлари билан бўтқасимон;
- Д. Қўланса хидли, бир оз шиллик билан.

24. Овқат токсикоинфекцияси биринчи соатлари учун қуйидаги асосий симптомлар характерли:

- А. ўткир бошланиш, кўнгил айнаши ва қайт қилиш;
- Б. аста-секин бошланиш, кўнгил айнаши ва қайт қилиш йўқлиги;
- В. «малина желеси» шаклидаги нажас;
- Г. шиллик ва қонли суюқ нажас, гипертермия;
- Д. бош оғриғи, ич кетиш.

25. Салмонеллёз гастроинтестинал шакли таққосланадиган касалликларни кўрсатинг:

- А. Инфаркт миокарди, вабо;
- Б. Вирусли гепатит;
- В. Ошқозон ичак яра касаллиги;
- Г. Менингит;
- Д. Лептоспироз.

26. Бактерияли овқатдан заҳарланишга хос булган хусусиятларни кўрсатинг:

- А. тўсатдан бошланади ва оммавий зарарланиш бўлади;
- Б. касаллик аста-секин бошланади;
- В. юқори ва узоқ давомли иситма бўлади;
- Г. тезда сурункали шаклга ўтади ва узоқ кечади;

Д. хушдан кетиш.

27. Қиёсланганда ичбуруғга хос белгиларни курсатинг:

А. ўткир бошланиши, эт увушиб мушаклар оғриши, қоринда оғрик, ични тез-тез шиллиқли, қонли кетиши;

Б. тўсатдан бошланиши, кўнгил айнаш, қусиш, ични шир-шир кетиши, бадбўй хидли;

В. ўткир бошланиши, ични шир-шир кетиши, кўнгил айнимасдан қусиш, қоринда оғрик бўлмаслиги;

Г. аста-секин бошланиши, ҳарорат кўтарилмай ўнг томонда оғрик, нажас қонли, шиллик, йиринг аралаш.

28. Қиёсланганда ичбуруғ учун хос нажас характери:

А. суюқ шиллик, қонаралаш, камроқ;

Б. суюқ шиллик, қон, йиринг аралаш кўп хажмда;

В. суюқ сувсимон, кўпикли, бадбўй хидли;

Г. суюқ сувсимон, рангсиз, картофель хидли;

29. Ичбуруғ колитик шаклини қиёслаш:

А. амёбиаз, балантидиаз, сальмонеллёз;

Б. парaproктит, сфинктерит, тўғри ичак полипоз;

В. нохос яраликолит, ичак ўсмаси, сурункали спастик колит;

Г. ботулизм, корин тифи, вирусли гепатит А.

30. Ичак амёбиазини қиёсий ташхислаганда унинг учун хос белгилар:

А. касалликнинг секин бошланиши, қориннинг ўнг қисмида оғрик, нажасда Шарко-Лейден кристаллари, эозинофиллар топилиши;

Б. касалликнинг ўткир бошланиши, чап ёнбош соҳасида оғрик, нажас суюқ, қон, шиллик ва йиринг аралаш, ёлғон чақирув, тенизмлар;

В. ўткир бошланиши, ичнинг шир-шир патологик аралашмаларсиз кетиши, киндик атрофида оғрик, қулдираш;

31. Қиёсланганда амёбиазга хос белгилар:

А. ўткир бошланиш, қисқа иситма, қоринда оғрик, ичнинг тез-тез шиллик ва қонлик кетиши;

Б. тўсатдан бошланиш, кўнгил айнаш қусиш, ични шир-шир кетиши, бадбўй хидли, оғрик;

В. ўткир бошланиш, ични шир-шир кетиши, кўнгил айнимасдан қусиш, қоринда

оғриқ бўлмаслиги;

Г. аста-секин бошланиши, ҳарорат кўтарилмайди, ўнг томонда оғриқ, нажас қон, шиллик, йиринг аралаш.

32. Қиёсланганда вабога хос белгилар:

А. ўткир бошланиш, қисқа иситма, қоринда оғриқ, ичи тез-тез шиллиқли;

Б. тўсатдан бошланиш, кўнгли айниб қусиш, ичи шир-шир кетиш бадбўй ҳидли оғриқли;

В. ўткир бошланиши, ичи шир-шир кетиши, кўнгли айнимасдан қусиш, қоринда оғриқ бўлмаслиги;

Г. аста – секин бошланиш, ҳарорат кўтарилмайди, ўнг томонда оғриқ, нажасда қон, шиллик йиринг аралаш.

33. Қиёсланганда вабога хос нажас характери:

А. суюқ шиллик, қон, йиринг аралаш, камроқ;

Б. шиллик, қон, йиринг аралаш, кўп ҳажмда;

В. суюқ, сувсимон, кўпикли, бадбўй ҳидли;

Г. суюқ, сувсимон, рангсиз, картофель ҳидли.

34. Ич терлама билан қиёсланмайдиган касаллик:

А. Ботулизм;

Б. Ичбуруғ;

В. Тошмали тиф;

Г. Вабо.

35. Қиёслаганда сальмонеллэзга хос белги:

А. ўткир бошланиши, қисқа иситма, қоринда оғриқ, ични тез-тез шиллиқли, қонли кетиши;

Б. тўсатдан бошланиб, кўнгил айниш, қусиш, ични шир-шир кетиши, бадбўй ҳидли, оғриқли;

В. ўткир бошланиши, ични шир-шир кетиши, кўнгил айнимасдан қусиш;

Г. аста-секин бошланади, ҳарорат кўтарилмайди, ўнг томонда оғриқ, нажас қон, шиллик, йиринг аралаш.

36. Қиёслаганда сальмонеллэз учун хос нажас характери:

А. суюқ, шиллик, қон, йиринг аралаш, кам миқдорда;

Б. шиллик, қон, йиринг аралаш, кўп ҳажмда;

В. Суюқ, сувсимон кўпикли, бадбўй ҳидли суюқ;

Г. сувсимон, рангсиз, картофель ҳидли.

37. Қиёслаганда сальмонеллезга хос белгилар:

А. ични шир-шир кетиши, тана ҳарорати тушиши, қусиш, қоринда оғриқ бўлмаслиги, ич сувсимон, ҳидсиз;

Б. ични шир-шир кетиши, тана ҳарорати юқори, ич бадбўй ҳидли, кўнгил айниши, қусиш;

В. қорин чап ёнбош соҳасида оғриқ, ич аввалига шир-шир кетиши, кейинчалик шиллик, қон аралаш.

38. ОТИ билан касалланган бемор учун хос белгилар:

А. кўпроқ ўткир бошланади, эпигастрияда ва киндик атрофида оғриқ, ичнинг суюқ, бадбўй кетиши;

Б. касаллик йилнинг иссиқ вақтида учраши;

В. кўпроқ аста-секин бошланиши, ён томонидан оғриқ, ичи шиллик ва қон аралаш, касаллик йилнинг хамма даврида учрайди;

Г. тўсатдан бошланиш эпигастрияда оғриқ, кўнгил айниш, қусиш.

Ўзлаштирилган билимларнинг етарли ёки етарли эмаслигини текшириш учун бир қатор жумбоқли масалалар диққатингизга ҳавола қилинади:

1-масала.

Бемор К. тўлғоқли оғриқнинг қорин пастида бўлиши, суюқ нажас (1 суткада 8 мартагача), таркибида шиллик моддалари борлиги, шикоятлари билан ҳақим кўригида бўлган. Бактериологик текширувда Плоскирёв озуқа моддасига экилганда шигеллалар ўсган. Кўриқда бемор аҳволи ўртача, ҳарорати 38,2⁰С, тери оқарган. Қорин пальпациясида чап биқин соҳасида оғриқ сезилади, сигмасимон ичак қаттиқроқ арқончадек қўлга илинади.

Диагнозни тула куйинг.

2-масала.

Бемор Б. 30 ёшда. Ўзини 2 кун давомида хаста деб ҳисоблайди. Касалланиш ҳароратининг кўтарилиши, совқотиш, кўнгил айниши, қусиш, қорин оғриғи, тез-тез суюқ бадбўй ич кетиши билан бошланган. Эпидемиологик анамнезидан шу нарса маълум бўлдики, бемор касалланишдан 5-6 соат олдин бозордан сотиб олинган сомсани истеъмол қилган экан.

Ташхис қуйинг.

Қандай касалликлар билан таққослаш керак?

Ташхисни аниқлаш учун қандай лаборатория текширувларини режалаш лозим.

3-масала.

Бемор К. 37 ёшда. Ҳиндистондан келган. Кейинги 2 йил мобайнида ичининг тез-тез бузилишига, нажасига шиллиқ, қон аралаш «Малина қиёми»га ўхшаш бўлганлигига шикоят қилган. Бундай ўзгаришлар давосиз ўтган. Охириги марта 15 кун олдин қоринда оғриқ, кучанишлар кузатилган. Тана ҳарорати 38⁰С бўлган. Териси ва шиллиқ қаватлари бироз оқарган. Тилида караш, бироз қуруқроқ. Қоринни пайпаслаб кўрилганда, ошқозон соҳаси ва йўғон ичак бўйлаб оғриқ, сигмасимон ичак бироз оғриқли, жигари 1,5 см. катталашган. Периферик қон таркибидаги лейкоцитлар 12000, нейтрофиллар 72%. ЭЧТ 32 мм/соат. Нажас таҳлили: Нажас бироз суюқлашган, шиллиқли, қонли, микроскоп текширувларида лейкоцитлар, эритроцитлар, Шарко-Лейден таначалари топилган. Қайта бактериологик текшириш натижалари ичбуруғ касаллигига салбий бўлган.

Ташхис кўйинг.

Текширув режасини тузинг.

4-масала.

Бемор Н. 32 ёшда. Касалликнинг 1-кунидан шифохонага тушган. Касаллик ўткир бошланган. Аввал тез-тез суюқ ич кетиши тезда қайта-қайта қусиш кузатилган.

Шифохонадаги кўрикда бемор оғир аҳволда тана ҳарорати 36,4 градус. Кучли сувсизланиш белгилари: тери қуруқ, таранглиги пасайган. Томир уриши 1 минутда 100 марта тўлиқсиз. Қон босими 80/40 мм сим. уст. Юрак тонлари бўғиқ. Беморнинг тили қуруқ, карашли. Қорин ичига тортилган, пайпаслаганда ичак бўйлаб ғулдираш эшитилади. Бемордан ажралган нажас ва қусуқ сувли, ипир-ипир шилимшиқ парчалари бўлган оқимтир суюқликдан иборат, сийдик кам миқдорда ажралган.

Бу беморда қайси синдром касалликнинг асосий белгиси ҳисобланади.

Ташхисни асослаш учун қайси лаборатор текширувларни ўтказиш керак.

5-масала.

Бемор Р. 30 ёшда. Шифокорга қуйидаги шикоятлар билан мурожаат этади: умумий ҳолсизланиш, бош айланиши, уйқучанлик, тез чарчаш, меҳнат

қобилятининг пасайиши, диспептик ҳолат, тана ҳароратининг кўтарилиши, бемор бир йилдан бери умуман ҳолсизланиб, дармонсизланиб кетаётганини сезган. Беморнинг аҳволи кундан-кунга ёмонлашиб, бош айланишлар кўшилган. Иштаҳаси пайсайган. Кўнгли айниб, вақти-вақти билан қусган. Нажас келиши бузилган. Ўқтин-ўқтин киндик атрофида оғриқ кузатилган. Бемор касалхонага келишидан 2 кун олдин дудланган балиқ еганлиги аниқланган. Қоннинг умумий таҳлилида: Эр-3 млн. Нв – 68 г/л. р.к.- 0,9, л- 4,2 x 10⁹ г/л. Нейтрофиллар -62%. Лимфоцит- 22% , моноцит – 7%. Эчт- 25 мм/соат. Беморнинг аҳволи нисбатан қониқарли, терининг ранги ва шиллик қаватларнинг ранги оқарган. Тили нам, қорин юмшоқ, пайпаслаганда киндик атрофида оғриқ. Жигар қовурға ёйидан 1,5 см катталашган. Талоқ шишмаган.

Бу масалада беморда қандай клиник синдромлар намоён бўлган?

Гематологик кўрсаткичларни баҳоланг.

Қиёсий ташхисот ўтказинг.

Ўзлаштирилган билимларингизни текшириш мақсадида ишчи дафтарларингизга қуйидаги назологик шакллар учун қиёсий ташхисот жадвалларини тузинг:

- Ичбуруғ ва сальмонеллэз.
- Сальмонеллэз ва вабо.
- Ичбуруғ ва амёбиаз.
- Ўткир ичак инфекциялари ва ўткир ичак касалликлари.
- Ичбуруғ ва эшерихиоз.
- Эшерихиоз ва сальмонеллэз.
- Ичбуруғ ва йўғон ичак ўсмаси.
- Ичак лямблиози ва энтероколит.

3.6-жадвал.

Юқоридаги касалликларнинг қиёсий ташхисот жадваллари куйидаги кўринишда бўлиши мумкин.

Кўрсаткичлар	Ичбуруғ	Амёбиаз
Қўзғатувчи		
Эпидемиологик анамнез		
Турғунлик даври давомийлиги		
Касаллик бошланиши		
Тана ҳарорати ошиши		
Умумий захарланиш белгилари кўриниши		
Қоринда оғриқ ва тавсифи		
Пайпаслаганда ичак тавсифи		
Ёлғон чақирувлар ва тенезм		
Ич кетиш сони		
Нажас тавсифи		
Умумий қон кўриниши		
Морфологик ўзгаришлар		
Таҳмин		

4 БОБ

САРИҚЛИК СИНДРОМИ БИЛАН КЕЧАДИГАН ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ЭРТА ВА ҚИЁСИЙ ДИАГНОСТИКАСИ.

4.1.САРИҚЛИК БЕЛГИСИ ҲАҚИДА

Умумий амалиёт шифокори фаолиятида сариқликнинг ривожланиши билан кечадиган жуда кўп терапевтик, хирургик ва гематологик профилдаги касалликлар учрайди ва шу билан бирга ўша вақтда уларнинг этиологиясини аниқлаш, айниқса ҳар бир ҳолатда шифокорнинг тактикасини белгилаш жуда қийин. Сариклик сабабини тўғри аниқлаш, шифокорнинг тўғри тактикаси - касалликнинг оқибатига таъсир кўрсатади. Сўнгги йилларда вирусли гепатитларни гипердиагностикаси ҳолатлари кўпайган ва сариқлик белгиси бўлган кўпчилик беморлар юқумли касалликлар шифохонасига юборилмоқда.

Бунинг сабабларидан бири гепатология бўйича билимларнинг юқори савияда бўлмаслиги, иккинчи сабаби – поликлиника тизимида текширувлар чуқурроқ ўтказилмаслиги, беморни қабул қилаётган вақтда клиник хусусиятларни таҳлили учун етарли вақтнинг етишмовчилиги, ҳамда лаборатор хизмат имкониятларининг сустлиги ҳисобланади.

Бошқа муаммо механик сариқликларнинг гипердиагностикаси ҳисобланади, бунда бемор хирургик ва онкологик бўлимларга ётқизилади ва асосланмаган ҳолда микро ва макрохирургик аралашувлар ўтказилади, бу касалликнинг кечишини ва оқибатни оғирлаштиради. Беморнинг руҳияти онкологик касалликларнинг гипердиагностикаси (канцерофобия ва б.) туфайли яна бир катта талофат кўради.

Мазкур бобда биз сариқлик билан намоён бўладиган қатор юқумли ва юқумли бўлмаган касалликларни ёритишга уриндик. Уларга ўткир ва сурункали вирусли гепатитлар А, В, С, Д, Е, герпес вируси, ЭКХО ва КОКСАКИ вируслари, арбовируслар, аденовируслар чақирган гепатитлар, ҳамда иерсениялар, сальмонеллез инфекция, риккетсиялар ва бошқалар чақирган бактериал гепатитлар киради. Юқумли бўлмаганларига механик ва гемолитик сариқликлар киради.

Гепатит касалликларини моҳиятини яхши ва равшан тасаввур қилиш учун жигарнинг гистологик тузилиши ва физиологик фаолияти ҳақида етарли тушунчага эга бўлмоқ керак.

Маълумки, жигар организм фаолиятида муҳим роль ўйнайдиган ва жуда мураккаб функциялар бажарадиган органдир. Жигарнинг асосий массаси эпителиал ҳужайралар (гепатоцитлар)дан ташкил топган. Жигарда артерия ва

вена қон томирлари, ўт суюқлиги ҳаракат қиладиган ўт капиллярлари ва ўт йўллари мавжуд.

Жигар бажарадиган функцияларни шартли равишда иккига бўлиш мумкин: 1) Модда алмашинув жараёнида иштирок этиш ва турли зарарли моддаларни зарарсизлантириш функцияси; 2) Ўт суюқлиги ишлаб чиқариш функцияси.

Жигарда V.pорта орқали келган микроблар ҳалок бўлади, зарарли моддалар зарарсизланади ва озуқа моддалари ҳар хил биохимик ўзгаришларга учрайди.

Жигар артера hepatica орқали кислородга бой артерия қони билан таъминланади. V. porta орқали меъда, ичакдан, қора талоқдан ва ошқозон ости безидан жуда мураккаб моддалар келади. Улар жигарнинг физиологик фаолияти учун зарур асосий моддалардир.

Жигар артерияси ва V. porta томирлари жигар бўлаклари оралиғида майда томирларга тарқалиб кетади. Артерия ва вена томирлари қўшимча томирлар воситасида бир-бирлари билан қўшилиб кетган. Шундай қилиб, жигар паренхимаси бир-бири билан аралашган артерия ва вена қонлари билан таъминланади. Жигардаги қон томирларда қон секин ҳаракат қилади. Қон ҳаракатини тезлатиб ва секинлатиб турадиган махсус мосламалар мавжуд. Жигарга келаётган қондаги моддаларнинг таркибига қараб, қон ҳаракати тезлиги ўзгариб туради.

Бир кеча-кундузда одам организмида 500 мл дан 1000 мл гача ўт суюқлиги ҳосил бўлади. Оксил, айниқса ёғ моддаларнинг ҳазм бўлиши учун кўпроқ ўт суюқлиги талаб қилинади. Карбон сув моддаларига ўт суюқлиги кам керак бўлади.

Маълумки, эритроцитлар 3—4 ой фаол хизмат қилиб, кейин емириладилар (гемолиз). Эритроцитлар гемолизи натижасида глобин ва гемин моддалари ҳосил булади. Гемин таркибида темир моддаси бор. Геминдан темир моддаси ажраб чиқади ва қолганига сув қўшилиб билирубинга айланади. 1 г гемоглобиндан 40 мг ўт пигментлари ҳосил бўлади. 1 г геминдан 0,9 г билирубин пайдо бўлади. Билирубин ретикулоэндотелия тўқимаси бўлган ҳамма органларда ҳосил бўлади. Бир кеча-кундузда ҳамма эритроцитларнинг 1 фоизи емирилади. Бунинг натижасида 6—7 г гемоглобин ажралади, ундан 200—250 мг билирубин ҳосил бўлади. Билирубин осонгина тўқималарга, жумладан марказий нерв система тўқимасига ўрнашиб олади. Натижада организмда кўп миқдорда билирубин тўпланади ва қисман интоксикацияга сабаб бўлади. Бу билирубин организмдаги суюқликларда, шу жумладан қонда эримайди. Билирубинга осонгина оксил моддалари, жумладан альбумин бирикади. 1 г

альбумин 15—16 мг билирубинни бириктира олади. Қондаги альбумин билан бириккан билирубин тери ости туқималарида ўрнашиб ололмайди. Билирубиннинг келгуси ўзгаришлари гепатоцитлар фаолиятига боғлиқ. Гемоглобиндан ҳосил бўлган ва ҳали бошқа моддалар билан қўшилмаган эркин билирубинни гепатоцитлар ютиб олади. Гепатоцитларда билирубин глюкурон кислотаси билан бирикади ва билирубин глюкуронид ҳосил булади. Билирубин — глюкуронид (бириккан билирубин) ўт капиллярларига тушиб, сўнгра ўт йўллари ва ductus choledohus бўйлаб ўн икки бармоқли ичакка тушади. Демак, жигар ўт суюқлигини ҳосил қилади ва уни ичакка туширади. Жигарнинг ўт суюқлиги ҳосил қилиш функцияси бузилса, одам организмида маълум ўзгаришлар юз беради, аммо бундай одам бир неча ҳафтадан бир неча ойгача яшashi мумкин. Жигарнинг метаболик функцияси бузилганда, чуқур ва ҳаёт учун ҳавfli ўзгаришлар юз беради. Агар метаболик функция бутунлай издан чиқса, одам бир неча соат ичида ҳалок бўлади. Масалан, ошқозон ости безида рак ўсмаси пайдо бўлиб, ўт йўлини буриб қўйганда, ичакка ўт суюқлиги тушмайди, одамнинг бадани сарғайиб кетади. Лекин бундай одам бир неча ой давомида ҳаёт кечириши мумкин. Ўткир жигар дистрофиясида, яъни жигар ҳужайралари ёппасига емирилганда, бемор бир неча кун ичида ўлади.

Паренхиматоз гепатитларда қондаги бирикмаган эркин билирубинни гепатоцитлар томонидан ютиб олиши сусаяди ва қонда бирикмаган билирубин микдори кўпаяди. Глюкурон кислотаси билан бириккан билирубинни гепатоцитлар томонидан чиқариш функцияси (экскреция) ҳам сусаяди. Ундан ташқари, ўт капиллярларида ўт суюқлиги секин ҳаракат қилиши оқибатида, ўт пробкалари пайдо бўлиб, ўт капиллярларини беркитиб қўяди. Натижада ўт суюқлиги тўпланиб қолади ва қонга шимилади ва қонда бириккан билирубин микдори кўпаяди. Шундай қилиб, вирус қўзғатадиган гепатитда қон таркибида ҳам бирикмаган ва ҳам бириккан билирубин микдори кўпаяди. Бирикмаган билирубин буйрак филтридан ўтмайди ва сийдик орқали чиқарилмайди. Бириккан билирубин суюқликда эрийдиган бўлади ва буйрак филтридан ўтиб сийдик орқали чиқарилади. Сийдикни текшириб, ўт пигментлари борлиги аниқланганда, бириккан билирубин назарда тутилади.

Жигар моддалар алмашинуви жараёнида жуда муҳим роль ўйнайди. Ҳар битта жигар ҳужайрасида — гепатоцитда жуда кўп хил ферментлар мавжуддир. Уларнинг актив иштирокида мураккаб моддалар алмашинув жараёни юз беради. Қонга тушадиган ана шу ферментларнинг кўп ёки озлигини аниқлаб, жигар паренхимасидаги емирилишнинг қай даражада экани ҳақида фикр юритиш мумкин.

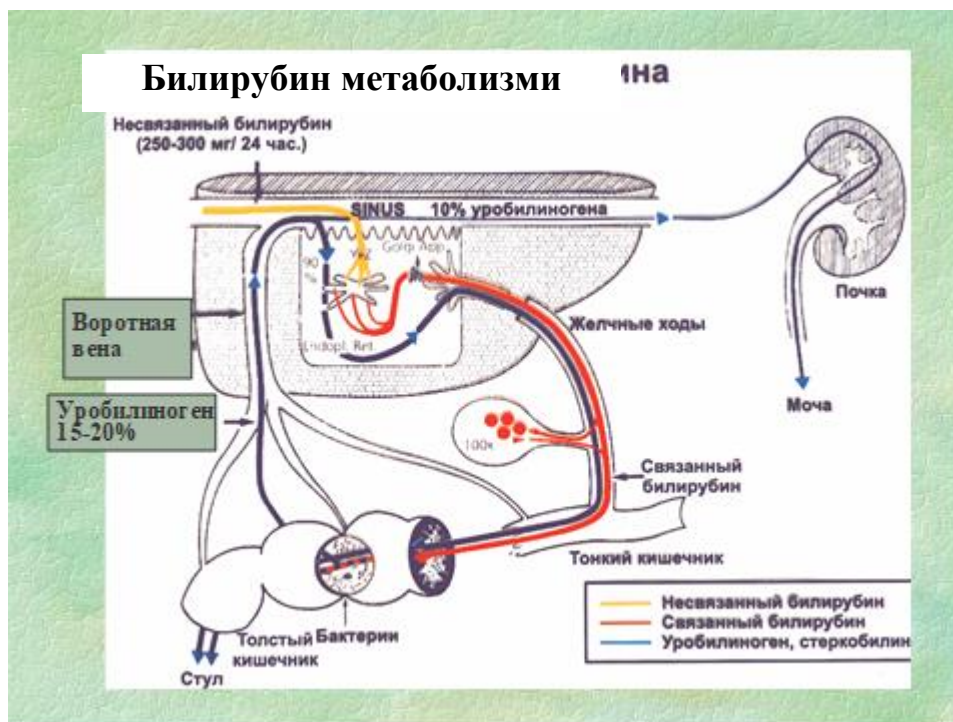
Йўғон ичакда билирубиндан кислород ажраб чиқади ва уробилиноген ва уробилин ҳосил бўлади. Уробилиннинг 30—40 фоизи – *V. rotae* оркали жигарга боради. Қолгани ахлат билан чиқарилади ва бир қисми парчаланади.

Жигарда уробилиннинг бир қисми яна билирубинга айланади, бошқа бир қисми, хали етарли текширилмаган моддага айланади ва бу модда суяк кўмигига бориб, у ерда гемоглобин ҳосил бўлишида иштирок этади. Ниҳоят уробилиннинг жуда озгина қисми қонга шимилади ва кейин буйрак оркали ташқарига чиқарилади. Сийдик оркали чиқариладиган уробилин фақат ичакда ҳосил бўлади. Ўт суюқлиги ичакка мутлақо тушмаган ҳолатда (масалан, гепатитнинг энг зуриққан даврида) сийдикда уробилин йўқолади, унда фақат билирубин бўлади (11-расм).

Гепатоцитларда мой кислоталаридан ўт кислоталари пайдо бўлади. Гепатитда, гепатоцитлар зарарланганлиги ва бинобарин уларнинг функцияси бузилганлиги сабабли, ўт кислоталари камроқ бўлади. Ўт кислоталари ёғ моддаларини ҳазм қилишда иштирок этади. Жигар функцияси ёғ моддалари алмашинуви билан бевосита боғлиқ.

Машҳур физиолог Клод Бернар куйидагиларни аниқлаган: 1) жигарда углеводлар гликогенга айланади, 2) жигарда гликогендан қанд моддаси ҳосил бўлади, 3) жигарда гликоген фақат углевод моддаларидангина эмас, балки бошқа моддалардан, шу жумладан оқсил моддалардан ҳам ҳосил бўлади; 4) истеъмол қилинган овқатнинг таркибидан қатъи назар, ҳатто организм оч қолган ҳолда ҳам, қанд ҳосил бўлаверади; 5) жигарда қанд бўлиши унинг ички секретор функциясига боғлиқдир.

Сариклик (*icterus*) – бу қонда билирубин миқдорининг (20 мк/моль/л дан юқори) ошиши натижасида унинг тери ва шиллик қаватларига йиғилиши билан боғлиқ бўлган сарғайиш. Склеранинг сарғайиши қонда билирубин 50 мк/моль/л, терининг сарғайиши қонда билирубин 80 мк/моль/л кўтарилганда кузатилади.



11-Расм. Билирубин алмашувини схематик куриниши.

Сариқлик табиий кундузги ёруғликда яхши кўринади. «Ёлғон сариқлик» деган тушунча ҳам бор, бу ҳолатлар кўпинча диабетда, қатор воситаларни - акрихин, пикрин кислотаси ва бошқаларни узок муддат қабул қилганда, каротин сўрилишининг бузилиши билан боғлиқ. Ёлғон сариқликда сариқлик кафтлар ва товонларда кузатилади, склерада бўлмайди.

Сариқликнинг келиб чиқиш патогенетик типларининг классификациясига асосан (А.Ф. Блюгер, 1968) сариқликнинг 3 та тури фарқланди:

Жигар усти сариқлиги - (кўпинча гематологик касалликларда кузатилади).

Жигар - **паренхиматоз сариқлик** - жигарнинг вируслар, бактериялар, токсинлар билан зарарланишидан келиб чиқади.

Жигар ости сариқлиги келиб чиқишида ўт йўлларининг тўсилиши ётади (тош обтурацияларида, шикастланишларида). Механик сариқлик деб ҳам юритилади.

Сариқлик белгиси билан кечадиган патологик ҳолатлардан энг кўп учрайдиганлари бу А, В, С, Д, Е вирусли гепатитлар бўлиб, инфектологиянинг энг долзарб муаммолари бўлиб ҳисобланади.

4.2. ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР

Вирусли гепатит А. Вирусли гепатитлар орасида энг кўп учрайдиган - бу вирусли гепатит А (ВГА) – барча гепатитларнинг 20-40% ини ташкил этади.

Ривожланган мамлакатларда ВГА билан касалланиш ривожланаётган мамлакатларга нисбатан паст. ЎРВИ ва ичак инфекцияларидан кейин 3-ўринни эгаллайди.

Ўзбекистонда ВГАнинг сўнгги эпидемияси – 1997 йилда кузатилган. Касаллик фекал-орал йўл билан юқади: ифлос қўллар, ювилмаган мева ва сабзавотлар, ифлосланган сув орқали.

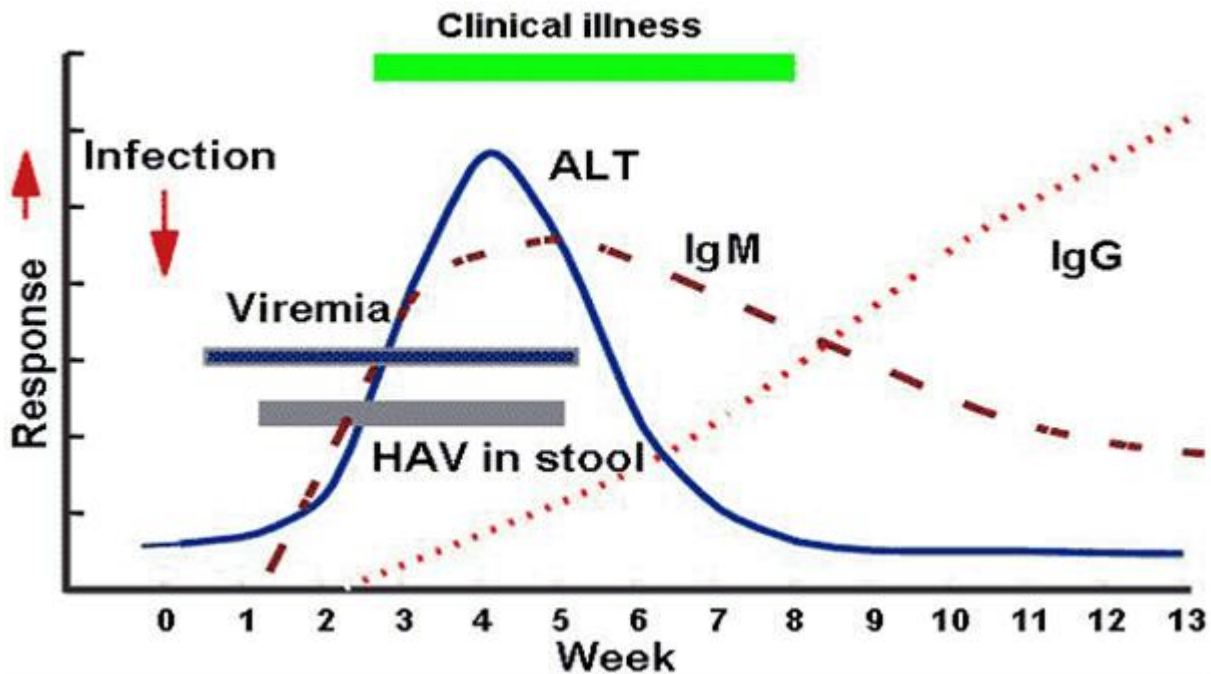
Вирусли гепатит А учун касалликнинг ўткир бошланиши, сариқлик олди даврининг мавжудлиги хос. Бошланишида диспептик, катарал, баъзан астеновегетатив белгиларнинг ҳамкорлиги хос ҳисобланади.

Кўпинча сариқлик олди даврида беморлар «ЎРВИ», «овқатдан заҳарланиш» ташҳиси ва бошкалар билан уйда даволанади. Пешобнинг тўқлашиши ва склеранинг сарғайиши билан сариқлик даврига қадам қўйилади. Кўпинча сариқлик пайдо бўлиши билан бемор аҳволи яхшиланади. Касаллик кўпинча энгил ва ўрта оғир шаклларда кечади, ҳамда 95% ҳолларда тузалиш билан якунлади.

ВГА билан аксарият ҳолларда кичик ёшдагилар касалланади ва ташҳис - эпидемиологик анамнезга, сариқлик олди даврининг мавжудлига, жигар ўлчамларининг катталашишига, сариқликнинг борлигига, пешобнинг тўқлашишига ва нажаснинг рангсизланишига асосан қўйилади.

Қоннинг биокимёвий таҳлилида: гиперферментемия (АЛТ ва АСТнинг ошиши), гипербилирубинемия, пешобда ўт пигментлари мусбат. Якуний ташҳис маркёрларни: анти - ВГА-Ig M ва IgGни аниқлаш асосида қўйилади.

ЖССТ маълумотида кўра, дунё аҳолисининг 1/5 қисми вирусли гепатит В (ВГВ) билан зарарланган ва ҳозир уларнинг 5% и - 550 млн. одам ВГВ вирусни ташувчилари ҳисобланди. Ўзбекистонда 20% аҳолида ВГВга қарши антитаначалар аниқланди, 7% ини ташувчилар ташкил этади. Ҳар йили ВГВдан 2 млн га яқин одам ҳалок бўлади, уларнинг 100 мингтаси яшинсимон шаклидан, 500 мингтаси ўткир инфекциядан. ВГВ кўпинча катта ёшдагиларда, айниқса 40 ёшдан кейин ва 1 ёшгача бўлган болаларда учрайди.



12-расм. Вирусли гепатит А маркёрларини қон зардобда аниқланиши

Вирусли гепатит В. Зарарланиш материали ВГВ ўткир ва сурункали шаклларидаги беморлар – қон ва унинг маҳсулотлари, сперма, сўлак, қин ажралмалари, тер, кўз ёши бўлиб ҳисобланади. ВГВ билан зарарланганларнинг 38% - наркоманлар, 7% - ВГВ билан зарарланган оналардан туғилган чақалоқлар, 5% - жарроҳлик амалиёти ўтказганлар, 6% - стоматологик поликлиникаларда даволанганлар, 3% - терапевтик беморлар ҳисобланади.

Беморларни ВГВ билан зарарланиши парентерал йўл орқали, яъни турли вена, мушак ичига ва ҳар хил манипуляциялар, операциялар, стоматолог кўригида юз беради, хирурглар, стоматологлар, акушерлар, қон лабораториялари ишчилари ҳавф гуруҳидагилар бўлиб ҳисобланади.

Гепатит В нинг муҳим фарқловчи хусусияти шундаки, сариқлик бошланиши билан касалликнинг ўзига хос кечиши бўлиб, унинг оқибати ҳар доим ҳам ижобий бўлиб яқунланмайди.

Вирусли гепатит В аста-секин бошланиб, сариқлик олди даври 2 ҳафтага чўзилиши мумкин, кўпинча артралгик синдром муҳим ўрин эгаллайди, астения ва интоксикация белгилари яққол намоён бўлган ва улар сариқлик даврида ҳам сақланади. Гепатит В нинг продромал даври зардоб касаллигини эслатиши мумкин. Эшакеми ёки доғли-папулез тошмалар, майда бўғимлар полиартрити (25% ҳолларда) хос. Айрим ҳолларда гепатит В нинг яшинсимон шакллари кузатилади, у кўпинча ўлим билан яқунланади.

5-10% ҳолларда вирусли гепатит В дан кейин ташувчанлик, сурункали гепатит, жигар циррози, гепатоцеллюляр карцинома ривожланиши мумкин.

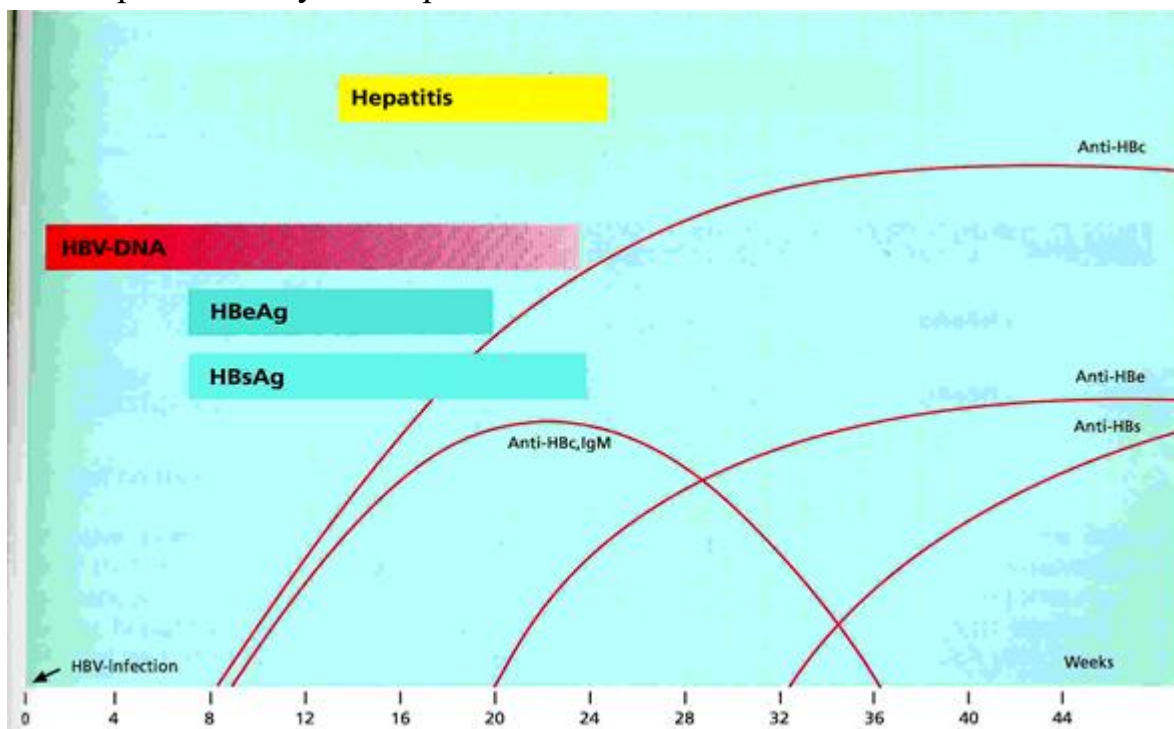
Вирусли гепатит В ни диагностикасида маркёрларни аниқлаш муҳим ҳисобланади.

HBV- инфекция маркёрлари:

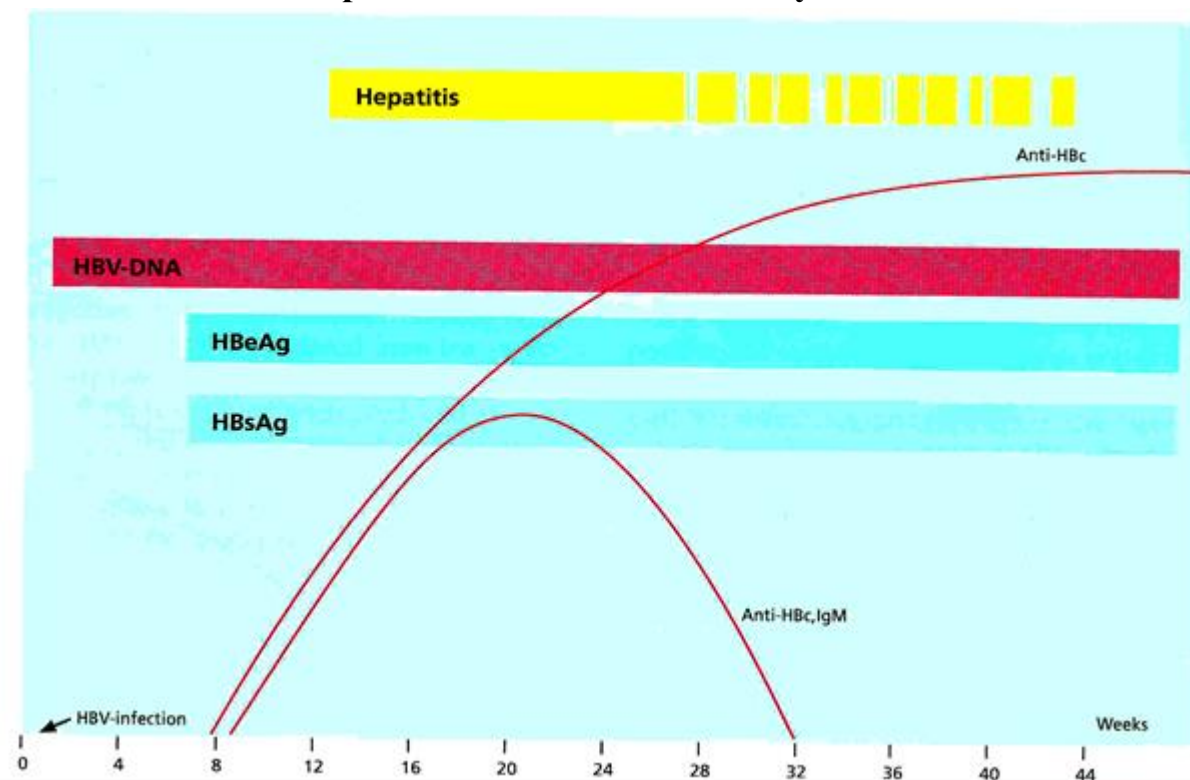
- **HbsAg** - юзаки антиген, вирус билан зарарланганликдан далолат беради. Зарарлангандан 1,5 ойдан сўнг қонда аниқланади ва турли хил муддатларда сақланади.
 - **Анти-HBs** - тугалланган жараёндан ва эмлашдан кейинги ҳолатдан дарак беради.
 - **HBcAg** - гепатоцитда вирус репликасини кўрсатади ва эркин ҳолда қонда аниқланмайди.
 - **Анти-HBc IgM** - касалликнинг дастлабки кунларидан пайдо бўлиб, бир неча ойгача сақланади.
 - **Анти-HBc IgG** - касалликни бошидан ўтказганлиги кўрсатади.
 - **АнтиHBc** - вирус билан зараланганликни кўрсатади.
 - **HBeAg** - (HBsAg нинг секретор бўлаги) вирус репликациясидан далолат беради. Қонда HBsAg билан биргаликда пайдо бўлади.
 - **АнтиHBe** - вирус интеграциясидан далолат беради. Уни анти-HBcIgG ва антиHBs билан бирга аниқланиши организмни вирусдан бутунлай тозаланганлигидан далолат беради.
- PreS(PreS1 PreS2)** - қонда HBs Ag билан бирга баъзан олдинроқ пайдо бўлади ва актив жараённи кўрсатади.
- **Анти PreS1 PreS2** - инфекцион жараёндан кейинги иммунитетдан дарак беради.
 - **HвхAg** - бу ген вирусли гепатит В нинг кичик кодланувчи регион геномидир. Бу 154 та аминокислотадан иборат.
 - **АнтиHвх** - бу асосан плазмада жигар ҳужайралари карциномасида ва жигар вирусли циррозида аниқланади. Буни аниқлашда 3 та серологик тести мавжуд.
 - **ДНК-полимераза.** Бу ферментни аниқлаш клиник гепатологияда асосий текшириш усулларида муҳим роль ўйнайди. HBeAg ва бу ферментнинг аниқланиши вирусларнинг актив репликациясини билдиради.
 - **ДНК** - вирусли гепатит В ДНК си HBeAg мусбат шахсларда аниқланади. Асосан сурункали гепатитларда асосий маркёр ҳисобланади. Занжирли полимераза реакциясида аниқланади.

ВГВ диагностикаси серологик текширувлар В вируси маркёрларига (HBsAg ва анти HBs, анти HBc IgM, IgG синфидаги, HBeAg ва анти HBe, ДНК-ВГВ

ПЦР усулида), уларнинг қондаги концентрациясига, элиминация ва сероконверсиянинг муддатлари асосида тасдиқланди.



13-расм. Вирус маркёрларининг вирусли гепатит «В» нинг вируслар элиминацияси ва реконвалесценция билан тугашидаги аҳамияти.



14-расм. Вирусли гепатит «В» маркёрларининг сурункали тус олишидаги аҳамияти.

Вирусли гепатит С. Вирусли гепатит С ни РНК-сақловчи вирус чақиради, у 1988 йилда АҚШ олимлари томонидан аниқланган ва ўша ерда ВГС нинг лаборатор диагностикаси ишлаб чиқилган. ВГС нинг 6 та турлари маълум. ЖССТ маълумотига кўра, дунёда 200 млн ВГС ташувчилари мавжуд. Ўзбекистонда донорлар орасида ВГС ташувчилари 20%, ВГ билан касалланганлар орасида - 6% ни ташкил этади.

ВГС наркоманлар ва татуировкага қизиқадиган шахслар орасида кенг тарқалган. Бунда зарарланиш инъекцион йўл орқали содир бўлади. Касаллик шунингдек, қон ва унинг воситалари трансфузиясидан юқади.

50-60% ҳолларда ВГС билан касаллангандан кейин сурункали гепатит ривожланади, у кўпинча жигар циррозига (80%) ва жигар-хужайра ўсмасига олиб келади.

Бошқа ВГ вируслари фарқли равишда ВГС вируси қон зардобидида жуда паст концентрацияларда бўлади, специфик антитаначалар кўринишидаги иммун жавоб жуда суст ва кеч, бу касалликнинг серологик диагностикасини қийинлаштиради. Инкубацион давр бир неча кундан 26 ҳафтани ташкил этади.

Касаллик аста-секин астеновегетатив ва диспептик белгилар билан бошланади, бир неча кунлардан кейин пешобнинг тўқлашиши ва нажаснинг оқариши, жигарнинг катталашиши кузатилади, фақат 15-40% беморларда сариқлик пайдо бўлади. Қон зардобидида АЛТ, АСТ фаоллиги биров ошган.

Ўткир кечиши 20-40% ҳолларда кузатилади, қолган ҳолларда жараён сурункали тус олади, у беморнинг қоникарли аҳволида турғун гиперферментемия билан ифодаланади.

Ташҳис қон зардобидида анти- HCV, ҳамда РНК вирусини ПЦР ёки ИФА усулида аниқлаш асосида қўйилади.



15-расм. Гепатит С клиник натижалари.

Вирусли гепатит Д. Гепатит дельта - (HDV) вируси – унинг ташқи қавати - гепатит В вирусининг юзаки антигени (HBsAg) ҳисобланади. Танача марказида, майда РНК (ген) сақловчи, специфик антиген (AgD) бор. Ўзининг репликацияси учун гепатит Д вируси гепатит В вирусининг облигат хелпер функциясига мухтож. Дельта-инфекция ҳамма жойда тарқалган (Жанубий Италия, Амазонка дарёсини бассейни, Африка, Ўрта Ғарбий худудларда). МДХ худудларида кўпинча: Ўрта Осиё, Молдова, Қозоғистонда тарқалган.

Хусусан, ВГД кўпинча сурункали гепатит В бўлган беморларда учрайди. Дельта-инфекциясининг юқиши фақат парентерал йўл орқали юз беради.

Ривожланиш механизмига кўра, касалликнинг 3 та шакли фарқланади:

Аралаш - ўткир гепатит В ва дельта инфекция (коинфекция).

Сурункали гепатит В ва дельта ВГД (суперинфекция).

Сурункали гепатит дельта, ВГД.

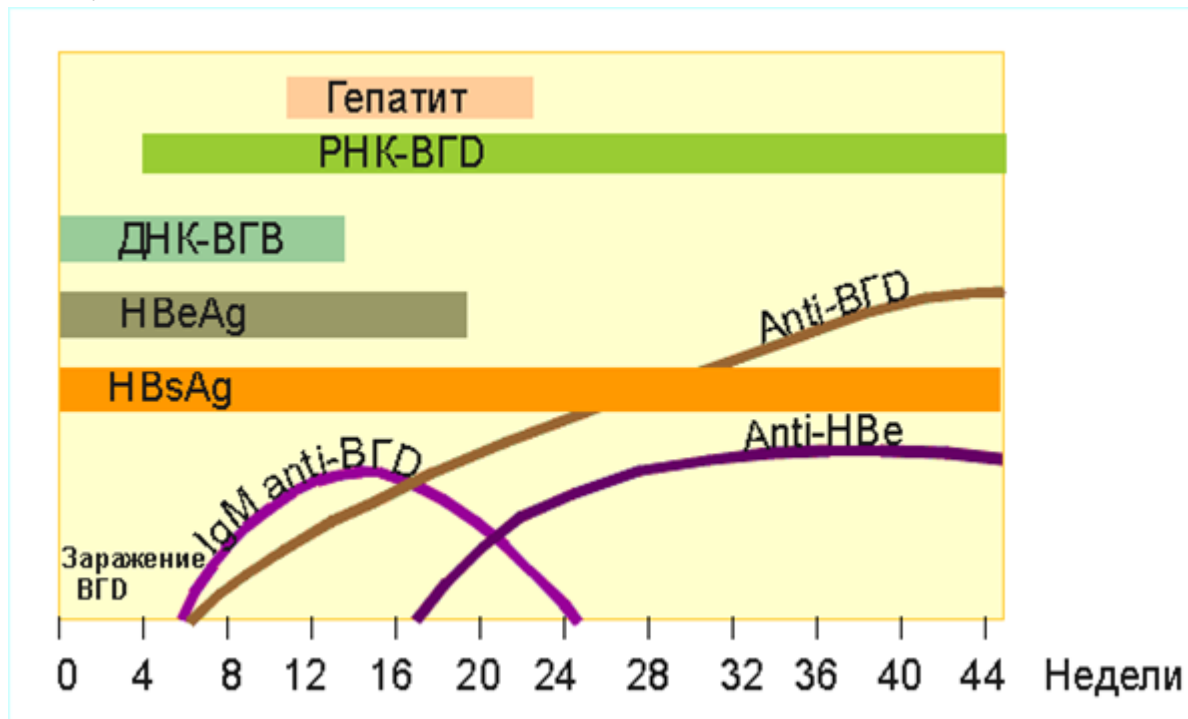
Гепатит В вирусининг ташувчанлиги фонида ўткир, чўзилган ва сурункали дельта – инфекция фарқланади.



16-расм.

Гепатит В ва Д вируси коинфекциясида – касаллик оғир кечади ва ёмон сифатли, фульминант шаклга ўтади. Касаллик ўткир тана ҳароратини кўтарилиши, 38-39°C, яққол интоксикация белгилари билан бошланади. Сариклик олди даври 2-3 кун давом этади. Сариклик пайдо бўлиши билан бемор аҳволи кескин ёмонлашади, геморрагик синдром, жигар ва талоқ ўлчамларининг катталашини кўшилади. Клиник белгилар тез ривожланади,

жигар комаси асорати ривожланади ва 2-3 кундан кейин касаллик летал оқибат билан яқунлади.



17-расм. Вирусли гепатит D маркерлари.

Дельта-инфекция ташҳиси гепатоцитларда ва қон зардобида дельта AgD вирусли маркерларини, унга қарши антитаначалар аниқлаш асосида қўйилади.

Сурункали вирусли гепатитлар. Сурункали вирусли гепатитлар В, С, Д вируслари томонидан чақирилади. Турғун гепатоспленомегалия, гиперферментемия, гипер- γ -глобулинемия, диспротеинемия билан намоён бўлади.

Сариклик синдромининг намоён бўлиши кўпинча ўртача ва юқори фаолликдаги сурункали гепатит учун хос, шу билан бирга беморларда томир юлдузчаларини - телеангиоэктазиялар, қафтда пальмар эритемани кўриш мумкин. Бурундан қон кетишлар, экхимозлар, петехиал тошмалар, жигар ва талокнинг сезиларли катталаниши бўлиши мумкин. Беморларда жигар асосан қаттиқ, оғриқли бўлади.

Қон зардобида доимий жигар-хужайравий ферментлари фаоллигининг юқорилиги, яққол диспротеинемия. Тимол синамасининг ва В-липопротеидлар микдорининг ортиши, протромбин индексининг ва сулема титрининг пасайиши аниқланади.

Сурункали вирусли гепатитлар юқори фаолликда кечганда кўпинча узок муддатли ва жигар циррози шаклланиши билан тугалланиши мумкин.

Сурункали гепатитлар кўпинча холестатик синдром кўшилиши билан кечади. Етакчи симптомлари - сариқлик, тери пигментацияси, ксантомалар, диспептик белгилар, жигар ва талоқнинг сезиларли катталашиви ва уйқусизлик билан кечадиган терининг қичишиши ҳисобланади. Қонда холестерин, ўт кислоталари, ишқорий фосфатаза миқдорларининг юқорилиги аниқланади.

«Сурункали гепатит» ташҳиси қўйиш учун инструментал текшириш усуллари зарур: айнан – жигарни ультратовуш билан текшириш.

Яқуний ташҳисни қўйиш учун жигарнинг пункцион биопсиясини, кейинчалик пунктатни гистологик текширувини ўтказиш зарур.

Инфекцион моноклеоз (Филатов-Пфейффер касаллиги). Касаллик Эпштейн - Барр (ЭБВ) вируси томонидан чақирилиб, истима, лимфа тугунлари, жигар ва талоқни катталашиви, ҳамда сариқлик белгиси билан кечади. Бугунги кунда шундай фикрлар мавжудки, ЭБВ ва герпес (оддий герпес вируси, цитомегаловирус) оиласига мансуб бошқа вируслар – одам ўсма вируслири бўлишига реал номзодлардан бири ҳисобланади.

Кўп сонли тадқиқотларда аниқланилишича, ЭБВ билан одам популяциясида кенг тарқалган, у билан ер шарининг 80-100% аҳолиси зарарланган деб ҳисобланади. Инфекциянинг асосий юқиш йўли – ҳаво-томчи. Шунингдек аниқландики, инфекция моноклеоз ўтказган 70-90% шахсларда, орофарингеал ажралмада даврий ЭБВ ажралади.

Баъзан бу касалликни «ўпиш касаллиги» деб ҳам номлашади, инфекциянинг гемотрансфузион ва жинсий юқиш йўллари ҳам фарқланади.

Касалликнинг асосий симптомокомплекси – иситма, 93,9% шахсларда барча периферик лимфа тугунларининг катталашиви, айниқса бўйин, 97,8% оғиз-халқумнинг, бурун-халқумнинг шикастланиши, жигар ва талоқнинг катталашиви кузатилади.

Периферик қонда моноклеарларнинг миқдорий ва сифатий ўзгаришлари 100% беморларда кузатилади. Шу билан бирга, асосий симптомокомплекс бўлиб - экзантема, энантема, қовоқнинг шиши, тумов, диарея, тери ва склеранинг сарғайиши бўлиши мумкин.

Сариқликнинг яққоллиги жигар ўлчамларининг катталашивига боғлиқ эмас. Узоқ муддатли ҳароратнинг кўтарилиши, атипик моноклеарларнинг мавжудлиги, билирубин миқдорининг, АЛТ, АСТ нинг нормал кўрсаткичлари вирусли гепатитлар эҳтимолини истисно қилиш имконини беради. Инфекцион моноклеоз ташҳисини тасдиқлаш учун Пауль-Буннель-Давидсон серологик реакциясидан фойдаланилади, у 85-95% беморларда мусбат бўлади. Диагностик титри 1:14 га тенг.

Цитомегаловирусли инфекция. Касаллик ДНК-сақловчи герпес вирусига мансуб цитомегаловирус (ЦМВ) томонидан чақирилади, етук ёшдагилар касалланади, контакт ва парентерал йўл (қон ва унинг маҳсулотлари) орқали юқади.

Одамларнинг асосий қисми касалликнинг латент шаклини болалик даврларида ўтказадилар. 70-80% катталар қонида вируснейтралловчи антитаначалар аниқланади.

Касалликнинг туғма ва орттирилган шакллари фарқланади.

Туғма цитомегалия кўпгина аъзо ва тизимларнинг шикастлашини билан тарқоқ инфекция шаклида кечади ва айниқса чақалоқ учун хавfli ҳисобланади.

Орттирилган шакли моноклеозсимон синдром типиде кечади, баъзан ўпка, жигарни қисман шикастлаши билан кечади, лекин симптомсиз (1:10) кечиши ҳам мумкин.

Манифест шаклида жигар, талоқнинг катталашиши, тери ва склеранинг сарғайиши, пешобнинг тўклашиши, юқори ҳарорат, қалтираш, томоқда оғрик, бўйин лимфа тугунларининг катталашиши (моноклеозли синдром), қон зардобиде боғланган билирубин миқдорининг ортиши, АЛТ, АСТ, ишқорий фосфатазани ошиши, пешобдаги ўзгаришлар кузатилади.

Ҳар куни тана ҳарорати 39-40°C гача кўтарилиши, қалтираш 2-4 ҳафтагача ва ундан ҳам кўп давом этиши мумкин.

Периферик қонда - лимфоцитоз, атипик моноклеарларни топилиши инфекцияли моноклеоз ҳақида ўйлашга асос бўлади.

ЦМВ диагностикаси учун пешоб, сўлак, ликвор, балғам ва бошқалар олиниб, цитолитик текширув ўтказилади. Усулнинг тўғрилигини тасдиқлаш учун текширувни бир неча марта ўтказиш тавсия этилади.

ДНК-полимеразани аниқлаш учун РСК, РП, РПГА, тромбоцитларнинг агрегацияси реакциялари ўтказилади. Ҳозирги кунда IgM ва IgG синфидаги махсус антитаначаларни реал аниқлаш имконини берадиган ИФА усули катта амалий аҳамиятга эга.

Лептоспироз - Вейл-Васильев касаллиги (сув иситмаси). Ўткир бошланадиган, интоксикация, иситма, геморагик синдромнинг турли кўринишлари, жигар, буйрак ва асаб тизимининг шикастланиши билан ифодаладиган зооноз касаллик бўлиб ҳисобланади.

Зарарланиш асосан ифлосланган сув хавзаларида чўмилганда ёки қишлоқ хўжалигида нутрий ёки ондатра етиштириш билан шуғулладиган шахсларда, ёз ва кузда учрайди.

Сариқсиз ва сариклик шакллари фарқланади.

Касалликнинг сариқлик шакли ўткир, тана ҳароратини 39-40°C гача кўтарилиши, қалтираш билан бошланади, беморлар бош айланиши, бош оғришига, ҳолсизлик, уйқусизлик, икрасимон мушаклардаги, товон, кўкрак, қорин мушакларидаги кучли оғриқларга шикоят қиладилар.

Беморнинг ташқи кўриниши ўзига хос бўлади – юз гиперемияси ва шиши, склера томирларининг инъекцияси, конъюнктивит белгилари, 3-5 кунда ярим беморларда полиморф, симметрик жойлашган скарлатинасимон ёки қизамиқсимон тошмалар пайдо бўлади.

Геморрагик синдром – бурундан қон кетиш, тери ва склерадаги қон қуюлишлар, полилимфоаденопатия кўшилади.

Шу вақтнинг ўзида жигар шикастланишига хос белгилар – қориндаги оғриқлар, жигар ўлчамларининг катталаниши, бироз намоён бўлган сариқликдан токи яққол шафран тусдаги сариқлик пайдо бўлади, талоқ катталашади. Пешоб – пиво рангида, нажас аҳолик.

Текширувда – қон зардобидида боғланган ва кам миқдорда эркин билирубиннинг ошиши, АЛТ ва АСТ – бироз ошиши, протромбин индекс – пасайган, оксил-чўкма синамалари суст мусбат. Буйрак шикастланишида мочевина, қолдиқ азот, креатинин миқдори ошади.

Диагностикаси учун текширувнинг бактериологик усули (қон, ликвор, пешоб), биологик усул (денгиз чўчкачаларини зарарлаш), серологик (лептоспираларнинг тирик культуралари билан микроагглютинация реакция) ҳал этувчи аҳамиятга эга.

Қонда антитаначаларнинг мавжудлигига текширув - касалликнинг 2-ҳафтасидан текширалиди, диагностик титр 1:100, 1:200.

Юқори диагностик қийматга РНГА эга, диагностик титр 1:80 ва ундан юқори. Диагностик аҳамиятли бўлиб, касалликнинг 7-кунда қонда, пешобда – 10-кундан кейин лептоспираларни аниқланиши, серологик - специфик антитаначаларни титрининг қайта теширувларда 4 ва ундан кўп марта ошиши, диагностик титр 1:100, 1:200 ҳисобланади.

Ичак иерсиниози. «Иерсиния энтероколитика» чақирадиган ўткир инфекцион касаллик, клиник шакллариининг полиморфизми билан характерланади. Ушбу ҳолатда инфекциянинг тарқалганлиги натижасида ривожланадиган сариқлик шакли аҳамиятга эга.

Иерсиниозлардаги сариқлик қисқа муддатли, 2-ҳафтагача. «Иерсиниоз» ташҳисини клиник тасдиқлаш бошланғич даврнинг биринчи белгилари хизмат қилади – ўткир бошланиши, гипертермия, бош оғриши, мушаклардаги, бўғимлардаги, белдаги оғриқлар, кўнгил айланиши, қориндаги оғриқлар, суяқ

нажас кўринишидаги диспептик белгилар, экзантема, бироқ бир неча соатлардан кейин ёки катарал синдром (тумов, йўтал, томоқдаги оғриқлар, ангина) 2-3 кун давомида, ёки артралгик, артралгия билан намоён бўладиган, ёки ичак синдроми (ўткир гастрит, мезаденит, терминал илеит) устун туриши билан бошланади. «Пайпоқлар», «қўлқоплар», кўринишидаги экзантема, ярим беморларда сариқлик синдроми кузатилиши хос.

Қонда - лейкоцитоз, нейтрофиллёз, ЭЧТ ошган. Бактериологик текширувда – бемордан олинган (қон, пешоб, нажас) материални иерсиниозга экиш. Серологик диагностика - специфик антитаначаларни аниқланилиши.

4.3. ГЕПАТОЗЛАР

Ирсий пигментли гепатозлар. Унинг асосида билирубиннинг конъюгацияси вазифасини амалга оширадиган глюкуронилтрансфераза ферментининг наслий танқислиги ётади.

Умумий амалиёт шифокорлари иш фаолияти давомида кўпинча Жильбер, баъзан - Ротор, Криглер-Найяра, Дабина-Джонсон синдромлари билан тўкнаш келадилар. Бу ирсий пигментли гепатозларда сариқлик пайдо бўлишига олиб келадиган сабаблар бўлиб: алкогольнинг меъридан ортиқ истеъмол қилиш, стресс (ҳам ижобий, ҳам салбий), жисмоний зўриқиш (кўпинча спортчилар касалландилар), сурункали касалликларнинг мавжудлиги ҳисобланади. Одатда, 20 ёшгача бўлган шахслар, айниқса эркаклар касалландилар.

Сариқликдан ташқари учрайдиган энг кўп шикоятлари – ҳолсизлик, қориндаги оғриқлар, суyoқ нажас, баъзан жигарнинг катталашиши. Биокимёвий текширувларда - АЛТ, АСТ нормал чегараларда, тимол ва сулема синамаси нормада, эркин билирубин 20-40 мк/моль/л.

Чегараланувчи тартибга ва диета №5 риоя қилинганда, сариқлик 2-3 ҳафта давомида йўқолади, лекин ҳаёт давомида даврий пайдо бўлиши мумкин.

Баъзида гипербилирубинемия ўткир касалликларда (грипп, ЎРВИ), ҳамда сурункали касалликлар кўзишида кузатилиши мумкин.

Токсик гепатитлар. Замонавий шароитларда кимёнинг кенг ривожланиши ва кимёвий моддаларни, ҳамда дори воситаларини жигарга тўғридан-тўғри таъсири билан боғлиқ равишда муҳим ўринни эгаллайди. Гепатотроп воситаларга парацетамол, салицилатлар, тетрациклин (гепатоцитлар некрозини чақиради), антидепрессантлар, безгакка қарши, талваса қарши ва бошқа кўплаб воситалар киради.

Ўткир токсик гепатит клиникаси вирусли гепатитларни эслатади, лекин сариқлик олди даврининг ва касалликнинг циклик кечмаслиги билан фарқланади. Анорексия, кўнгил айниш, қусиш, қориндаги оғриқлар бўлиши хос бўлади.

Сариқлик токсик восита дозасига боғлиқ ҳолда, суст ёки яққол намоён бўлган бўлиши мумкин. Жигарнинг катталашиши бир текис ва кескин эмас, баъзан оғриқ кузатилади, бу токсик восита дозасига ва гепатотроп захарнинг токсиклик даражасига боғлиқ.

Е.М.Тареев «токсик гепатит» терминини аниқ деб ҳисобламайди, чунки жигарда яллиғланиш реакциялари кузатилмайди. Уни - «жигарнинг токсик-кимёвий зарарланиши» деб номлаш тўғри бўлади деб ўтган.

Диагностикада анамнезни тўлиқ йиғиш, ферментларнинг нормал кўрсаткичлари, қонда боғланмаган билирубиннинг устун туриши аҳамиятга эга.

Ўткир алкоғолли гепатит. Сурункали алкоғолизмли беморларда намоён бўлади. Вирусли гепатитлардан фарқли равишда, жараён аста-секин ривожланади, жигар аста-секин катталашади, четлари ўткир ва қовурға равоғида бир текис катталашади. Бироз лейкоцитоз, индикатор ферментлари фаоллигининг ошиши кузатилади, билирубин - аминотрансфераза диссоциацияси характерли, сариқлик бир текис жойлашмайди.

4.4. МЕХАНИК (ОБТУРАЦИОН) ЖИГАР ОСТИ САРИҚЛИГИ. ЎТ-ТОШ КАСАЛЛИГИ

Хуржсимон кечиш хос. Хуруж тўсатдан кўп миқдорда ёғли овқат истеъмол қилгандан кейин 3-4 соатдан сўнг, шунингдек чарачагандан, совқотгандан, спиртли ичимликлар ва бошқалар ичгандан кейин пайдо бўлади. Жигар санчиғи ўнг қовурға равоғи остидаги ўткир, кескин санчувчи, кесувчи, куракка, елкага узатилувчи ва ўртача хуружда жигар соҳасидаги оғриқ ўткир булиб, 6-12 соат давом этувчи оғриқ хуружлари билан ифодаланади. Кўпинча бир вақтнинг ўзида дастлаб овқат, кейин ўт суюқлигини қусиш пайдо бўлади. Беморлар рангпар, безовта, оғриқни камайтирувчи қулай ҳолат қидирадилар. Кўрувда қорин деворлари таранглашган, ўнг қовурға равоғи остида кескин оғриқлар кузатилади. Хуружларда тана ҳароратини кўтарилиши, қалтириаш, пешобнинг тўқлашиши билан кечади. Давомли хуружларда сариқлик кузатилади. Қонда – нейтрофил лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши, ферментлар фаоллиги нормал. Ўт қопада ўт тошлари жойлашиши мумкин (75% ҳолларда шикоятлар йўқ). Ўт қопа бўйинчасида ва ўт йўлларида (ўт коликаси, ўткир холецистит)

кузатилиши мумкин. Умумий ўт йўлида - ўт санчиғи, обтурацион сариклик, холангит.

Ўт суюқлигини 12-бармоқли ичакка оқшининг бузилиши натижасида пайдо бўлади, бу қонга билирубин ва ўт кислоталарини тушишига олиб келади.

Механик сариклик патогенезида 2 турдаги холестаза фарқланади:

Жигар ичи холестази – гепатоцитлар даражасидаги жойлашган бузилишлар, кўпинча алкоголь гепатити, дори воситаларнинг ноўғўя таъсири, жигарнинг бирламчи билиар циррозида кузатилади.

Жигардан ташқари холестаза - ўт қоғида, ўт йўлларида, умумий ўт йўлидаги тошлар, ўткир холецистит.

Асосий клиник симптомлар: яшил тусдаги яққол сариклик, тўқ сарғиш пешоб, нажаснинг оқариши, терининг, айниқса, кафт ва товоннинг сарғайиши. Қонда бироз трансминазаларнинг ошиши, гипербилиру-бинемия, ишқорий фосфатазанинг ошиши.

Холецистит. 20% ҳолларда ўткир холециститда бироз сариклик кузатилади, у умумий ўт йўлининг тусилиши сабабли юзага келади. Умумий ўт йўлининг майда тошлари тикилишига олиб келади, лекин кўпинча уларда ўнг қовурға равоғи остида оғриқлар, сариклик, иситма кузатилади. Сарикликнинг яққоллиги обструкция даражасига боғлиқ. Мусбат Мендел симптоми (жигар соҳаси енгил силкитилганда оғриқ) мусбат Френикус симптоми, жигар соҳаси босилганда кескин оғриқлар кузатилади.

Периферик қонда - лейкоцитоз, ЭЧТ нинг ошиши, ферментлар фаоллиги нормада.

Жигардан ташқариги холестазага гумон қилинганда қорин бўшлиғи ва эндоскопик ретроград УТТ (холангиопанкреатография) ўтказилади.

Ўткир холангит. Бу ўт йўлларидаги ўткир яллиғланиш касаллиги бўлиб, ўт йўлларидаги тошларнинг обтурациясида, ўт йўлларидаги стриктураларда ва гепатобилиар тизим ўсмаларида пайдо бўлади.

Холангит қўзғатувчиси - кўпинча грамманфий бактериялар.

70% ҳолларда холангитда симптомлар триадаси кузатилади:

Иситма, баъзан қалтираш билан кечади, интоксикация белгилари намоён булади. Кексаларда холангит сепсис билан асоратланиши мумкин. Холангитга гумон қилинганда тезкор жарроҳ маслаҳати зарур.

Ошқозон ости беши бошчасининг ўсмаси. Одатда кекса ёшдагиларда учрайди. Сариклик 1-3 ойдан кейин пайдо бўлади. Касаллик бошланишидан олдин умумий ўт йўлини ошқозон ости беши бошчаси ўсмасининг босилиши натижасида юзага келади. Беморлар ҳолсизлик, иштаҳанинг йўқлиги,

эпигастрал соҳадаги белбоғсимон, белга узатиладиган оғриқларга, озишга шикоят қиладиллар.

Кўпинча эркаклар, 60 ёшлан катталар касалланадилар.

Клиник симптомлар:

- Обтурацион сариқлик муҳим ўрин эгаллайди.
- 73% ҳолларда - оғриқлар эпигастрий ва орқада.
- 80% ҳолларда катталашган, оғриқсиз ўт қопа пайпасаланади.
- Озиш, ҳолсизлик, чарчаш, ич кетиш характерли.
- Миграцияланувчи тромбофлебитлар бўлиши мумкин.
- Пальпацияда эпигастрийда қаттиқ ҳаракатсиз ҳосила аниқланади.
- Қўлтиқ ости лимфа тугунлари катталашини мумкин.

Диагностика учун қорин бўшлиғи УТТ ва эндоскопик ретроград холангиопанкреатография, нажасни яширин қон кетишга текшириш ўтказилади. Лаборатор тестларда лейкоцитоз, гипохромия, макроцитар анемия, ЭЧТнинг ошиши, ишқорий фосфатаза фаоллигининг, қонда диастазанинг ошиши, нажасда стеркобилинининг бўлмаслиги. Оқибати яхши эмас.

4.5. ЖИГАР УСТИ САРИҚЛИГИ КУЗАТИЛАДИГАН КАСАЛЛИКЛАР

Инфекцион касалликлардан безгакда гемолитик сариқлик кузатилади.

Безгак. Плазмодиялар чақирадиган ўткир паразитар инфекцион трансмиссив касаллик, иситма пароксизмалари, сариқлик, гепатоспленомегалия, анемия билан характерланади. Касалликнинг патогенезида эритроцитларнинг гемолизи муҳим ўрин эгаллайди, безгак паразити таъсирида уларнинг ўлими кузатилади.

Ташҳис қўйишда анамнестик маълумотлар (бемор эндемик ўчоғдан (Африка, Осиё, марказий Америка), тана ҳароратни қалтираш фазалари билан алмашиниб характерли кўтарилиши, иссиқ, терлаш катта аҳамиятга эга. Безгак паразити турига қараб: 3-кунлик, 4-кунлик ва тропик безгак фарқланади.

Ташҳисни тез қўйиш мумкин, агар периферик қон суртмасида плазмодиялар аниқланса («йўғон томчи» усули).

Қонда АЛТ, АСТ нормал кўрсаткичлари билан бирга эркин билирубин миқдорининг ошиши характерли.

Гемолитик сариқлик. Эритроцитларнинг осмотик резистентлигининг, механик турғунлигининг пасайиши ва парчаланишининг кучайиши билан боғлиқ.

Гемолитик сариқликда гемоглобин кўп миқдорда ишлаб чиқарилади, у 45 г/ суткасига етиши мумкин, нормада 6,25 г/ сутка. Мувофиқ равишда билирубин миқдорининг ортиши кузатилади, бунда 35% и боғланмаган. Боғланмаган билирубин эримаиди ва пешоб орқали чиқарилмайди, организм учун тўқима захари ҳисобланади.

Сариқликнинг бу тури етук ёшдагиларда кузатилади, бунда жигар кам шикастланади, морфологик гепатоцитлар шикастланмайди.

Гемолитик криз баъзан тўсатдан ривожланади, ҳарорат кўтарилади, қусиш, тери ва склеранинг сарғайиши, талоқнинг катталаниши, беморларда нажас ва пешоби тўқлашади.

Клиник хусусиятлари – сариқлик суст намоён бўлган, тери лимон-сарғиш тусда, рангпар. Анемиянинг яққоллиги эритроцитлар парчаланиши ва ҳосил бўлиши тезлигига боғлиқ. Анемия кўпинча кризларда кучаяди. Беморларда қориндаги ва оёқлардаги оғриқлар, иситма, бош оғриши, АБ тушиши, коллапс кузатилади. Қонда - ретикулоцитоз 20%, лейкоцитоз, боғланмаган билирубин миқдорининг ошиши кузатилади. Касаллик оқибати яхши, анемия 4-5 ҳафта ичида йўқолади, наслий характерга эга бўлиши мумкин.

Ирсий микросфероцитоз (Минковский-Шоффар касаллиги). Касаллик доминант ёки рецессив типда берилади. Эритроцитлар мембраналарининг дефекти - нуқсон натижасида пайдо бўлади, уларнинг ҳужайра ичи парчаланишининг кучайишига олиб келади.

Асосий симптомлари: сариқлик, анемия, спленомегалия, пешобда ўт пигментлари мусбат. Бунда сариқлик бирдан ривожланмайди, у юқумли касалликларнинг асоратлари ва қўшилиш натижасида келиб чиқади. Кризис вақтида Нв миқдори 40-50г/л кескин пасаяди.

Ўроқсимон анемия. Гемолитик криз ва ўткир оғриқ синдроми, жигарнинг ўткир шикастланиши ўнг қовурға остидаги оғриқлар, иситма, интенсив сариқлик билан намоён бўлади.

Қонда - сурункали зардоб трансминаза фаоллигининг, ишқорий фосфатазининг ошиши, қонда билирубин юқори миқдорда.

Талассемия. Глобин синтезининг ирсий бузилиши, сариқликнинг пайдо бўлиши, жигар ва талоқнинг сезиларли катталаниши билирубиннинг боғланмаган фракцияларнинг ошиши, ретикулоцитлар миқдорининг ошиши, эритроцитларнинг морфологик ўзгаришлари (анизопойкилоцитоз, «нишонсимон») билан характерланади.

Гемолитик кризлар, иситма, суяк кўмигидаги, жигардаги - сидероз, баъзан фиброз ўзгаришлар кузатилади.

4.6. ЖИГАР ЦИРРОЗИ

Жигар циррозида сариқлик одатда касалликнинг кечки босқичларида пайдо бўлади, жигарнинг функционал резервларининг камайиши натижасида ривожланади. Жигар циррозининг энг кўп сабабларидан бўлиб ҳисобланди: В, Д ва С вируси чақирган сурункали юқори фаолликдаги гепатитлар. Жигар циррозининг энг кам сабаблари бўлиб ҳисобланади:

- бирламчи билиар цирроз,
- гемохроматоз,
- Вильсон касаллиги,
- Токсик дори воситаларини узоқ вақт қабул қилиши натижасида келиб чиқиши мумкин.

Жигар циррозининг клиник кўриниши озиб кетиш, қоринни шишиши, уйқучанлик, умумий ҳолсизлик, иштаҳасининг ёмонлашиши, милкларни қонаши билан намоён бўлади. Жигар қаттиқ, ғадир-будур юзали, палмар эритема хос.

- Кечки босқичларида - жигар етишмовчилигини клиникаси намоён бўлади;
- Ҳушнинг бузилиши;
- Иштаҳанинг йўқолиши, кўнгил айниш, қайт қилиш;
- Қориннинг катталашиши, асцит;
- Сариқлик, кўпинча паренхиматоз;
- Жигарнинг катталашиши ва пальпацияда унинг оғриқлилиги, кечки босқичларида – унинг кичрайиши;
- спленомегалия (портал гипертензияда);
- қон қуюлишлар;
- тананинг юқори қисмида томир юлдузчалари;
- кафтнинг қизариши;
- гинекомастия;
- Оёқлардаги шишлар билан характерланади.

Мавзу буйича тест саволлари:

1. ГВ кайси маркери қон зардобида топилиши гепатоцитларда вирус репликацияси давом этаётганлигидан далолат беради?

- А. Юзаки антиген
- Б. Антиген С
- В. Антиген Е

- Г. Юзаки антитело
- Д. С антитело
- Е. Реконвалесценция

2. Вирусли гепатит А да сариқлик даври бошланиши билан организмда интоксикация ҳолатини кўрсатинг:

- А. Пасаяди
- Б. Кучаяди
- В. Ўзгармайди
- Г. Бироз кучаяди
- Д. Сусаяди

3. Вирусли гепатит В ни продромал даврида қайси клиник вариант учрамайди?

- А. Катарал
- Б. Диспептик
- В. Артралгик
- Г. Астеновегетатив
- Д. Аралаш

4. Вирусли гепатит В да сариқлик даври бошланиши билан организмда интоксикация ҳолатини кўрсатинг:

- А. Кучаяди
- Б. Пасаяди
- В. Ўзгармайди
- Г. Бироз кучаяди
- Д. Сусаяди

5. Поликлиника шароитида вирусли гепатитни барвақт аниқлашда қайси тахлилий текширув қўлланилади?

- А. Биохимия усули
- Б. Гемокультура
- В. Серологик тахлил
- Г. Қоннинг умумий тахлили

6. Жигар ости сариқлигига кирувчи касалликларни курсатинг:

- А. Ут тош касаллиги

- Б. Вирусли гепатит
- В. Гемолитик сариқлик
- Г. Алкоголь гепатит
- Д. Ирсий гепатит

7. Жигар усти сариқлигига кирувчи касалликни кўрсатинг:

- А. Тромбоцитопения
- Б. Механик сариқлик
- В. Вирусли гепатит
- Г. Иерсиниозлар
- Д. Токсоплазмоз

8. Жигар сариқлигига кирувчи касалликларни кўрсатинг:

- А. Вирусли гепатитлар
- Б. Малярия
- В. Гемолитик сариқлик
- Г. Сепсис
- Д. Токсоплазмоз

9. Ангина, полилимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, экзантема ва сариқлик синдроми билан кечувчи касалликни кўрсатинг:

- А. Инфекцион моноклеоз
- Б. Механик сариқлик
- В. Вирусли гепатит
- Г. Лептоспироз
- Д. Лейшманиоз

10. Умумий интоксикация сариқлик, ренал, геморрагик, менингеал синдромлар қайси касалликка характерли?

- А. Лептоспироз
- Б. Малярия
- В. Механик сариқлик
- Г. Вирусли гепатит
- Д. Бруцеллёз

11. Қонда билирубин, АЛТни озрок кўпайиши, ишқорий фосфатаза жуда ортиши қайси касалликка хос?

- А. Механик сариқлик
- Б. Вирусли гепатитлар
- В. Гемолитик сариқлик
- Г. Алкоголь гепатит
- Д. Ирсий гепатит

12. Юқори иситма, артралгик синдром, бош оғриғи, экзантема, ич кетиши ва сариқлик қайси касалликка характерли?

- А. Иерсиниозлар
- Б. Механик сариқлик
- В. Вирусли гепатитлар
- Г. Инфекцион мононуклеоз
- Д. Куйдирги

13. Тери қичишиши, озиб кетиш, жигар ва ўт халтасининг катталашиб бориши, сариқликнинг кучайиши қайси касалликка хос?

- А. Ўт йули раки
- Б. Гемолитик анемиялар
- В. Лептоспироз
- Г. Вирусли гепатитлар
- Д. Куйдирги

14. Гипербилирубинемия АЛТнинг жуда ортиши, лейкопения, лимфоцитоз қайси касалликка хослигини кўрсатинг:

- А. Вирусли гепатитлар
- Б. Механик сариқлик
- В. Гемолитик сариқлик
- Г. Холецистит
- Д. Лептоспироз

15. Тери сариқлиги, «кофе куйкасидек» қусиш, жигарни қисқариши, гипербилирубинемия қайси комага характерли?

- А. Жигар комаси
- Б. Диабетик кома
- В. Уремик кома
- Г. Безгак комаси
- Д. Гиповолемик шок.

5-даражали тест саволлари

№	Савол	Жавоб №1	Жавоб №2	Жавоб №3	Жавоб №4	Жавоб №5
1	<p>Мосликни аниқланг. Касаллик: 1.Вирусли гепатит; 2. Ўт-тош касаллиги; 3. гемолитик сариклик. 4. Иерсиниозли гепатит. Клиник белгилар: А)интоксикация , Б)кориндаги огрик, В)рангпарлик, Г)Истима, Д)иштаҳасизлик</p>	1а,2б,3 а,4г	1б,2а,3 в,4г	1в,2а,3 б,4а	1г,2а,3 б,4в	1а,2в,3 б,4в
2	<p>Мосликни аниқланг. Касаллик: 1.Вирусли гепатит А; 2.Вирусли гепатит В; 3.Иерсинозли гепатит; 4.Токсик гепатит. Касалликни қўзғатувчилари: А)Пикарनावирус. Б)Гепаднавирус. В)Гепатоксик моддалар Г)Бактерия</p>	1а,2б,3 г,4в	1б,2а,3 в,4г	1в,2а,3 б,4г	1а,2б,3 в,4г	1б,2а,3 г,4в
3	<p>Мосликни аниқланг. Касаллик: 1.Вирусли гепатит А; 2.Ўт-тош касаллиги; 3.Иерсиниозли гепатит. Ташхислашда хал қилувчи текширув усуллари: А) Биохимик.</p>	1аб,2в, 3г	1бв,2а, 3г	1бв,2а, 3б	1бг,2б, 3г	1бг,2б, 3г

	Б)ИФА. В)УТТ. Г)Бактериологик.					
4	Мосликни аниқланг. Касаллик: 1.Вирусли гепатит В; 2. Инфекцион мононуклеоз; 3.ЎТ-тош касаллиги. Касалликни бошланишидаги белгилар: А) Буғимдаги оғриқлар, интоксикация. Б) Юқори истима, теридаги тошмалар. В) Қоринда оғриқ, қусиш.	1а,2б,3 в,	1б,2а,3 в	1а,2в,3 б	1в,2а,3 б	1а,2в,3 б
5	Мосликни аниқланг. Касаллик: 1.Ҳомиладорлик гепатози (синдром Шихана), 2.Вирусли гепатит В, 3.Механик сариклик; 4.Гемолитик сариклик. Характерли клиник белгилар: А) интоксикация, сариклик. Б)Қийновчи зарда, юқори бўлмаган сариклик. В)сарикликни узоқ сақланиши, интоксикацияни пастлиги; Г)сарикликни тўлқинсимон кечиши, талоқни катталаниши, сийдикни тўқ бўлмаслиги	1б,2а,3 в,4г.	1а,2б,3 г,4в	1в,2а,3 г,4б	1г,2в,3 б,4а	1в,2г,3 а,4б
6	Мосликни аниқланг. Касалликлар. 1.Вирусли гепатит А; 2.Механик	1б,2а,3 в	1а,2б,3 в	1в,2б,3 а	1в,2а,3 б	1б,2в,3 а

	сариклик; 3.Иерсиниозли гепатит. Трансаминазалар фаоллигига таъсир қилувчи омиллар: А)Этиологик факторни таъсири йўқ. Б) Вирусни цитопатик таъсири. В)Бактерияни яллиғланиш чақириши ҳисобига.					
7	Мосликни аниқланг. Касалликлар: 1.Вирусли гепатит А; 2.Вирусли гепатит В; 3.Вирусли гепатит С. Вирусли гепатит Д. Ташхисни асослашда исботловчи кўрсаткичлар: А)HBsAg +. Б)Анти- HAV +. В)Анти-НСV+ , Г)Анти-HDV +	1б, 2а,3в,	1а,2б,3 в	1в,2б,3 а	1в,2а,3 б	1б,2в,3 а
8	Мосликни аниқланг. Касалликлар : 1.Вирусли гепатитлар 2.Механик сариклик.3. Гемолитик сариклик. Касалликларни бошланиши ва кечишидаги клиник белгилар. А) Сариклик олди даври синдромлари, интоксикация, сариклик, сийдик ва нажасдаги ўзгариш. Б) кўп холларда ўнг қобирга остида оғриқ бўлиши, оғриқдан кейин	1а, 2б,3в.	1б,2в,3 а	1в,2а,3 б	1б,2а,3 в	1в,2а,3 в

	тезда сарғайиш, В) Юқори истимадан сўнг сарғайиш, талокни катталашуви, анемия, сийдикни тўқлашмаслиги, нажасни оқармаслиги.					
9.	Мосликни аниқланг. Касалликлар: 1. Вирусли гепатит В. 2. ЎТ-тош касаллиги. 3. Гемолитик сариқлик. Ташхислашда ги таҳлилий кўрсаткичлар. А) Лейкацитоз, УТТ, билирубин миқдори юқори трансферазалар паст. Б) Лейкопения, Билирубин ва трансминазаларни ортиши. В) Лейкоцитоз, эритропения, эркин билирубини ортиши, трансферазаларни ортмаслиги	1б, 2а,3в	1а,2б,3 в	1в,2б,3 в	1б,2в,3 а	1а,2б,3 в
10	Мосликни аниқланг. Касалликлар: 1. Вирусли гепатит А. 2. Иерсиниозли гепатит. 3. Механик сариқлик. Даволашда қўлланиладиган усуллар. А) Дезинтоксикацион препаратлар Б) Дезинтоксикацион ва антибиотикотерапия. В) спазмолитиклар, антибиотик, жарроҳлик йўли билан.	1а,2б,3 в	1б,2а,3 в	1в,2а,3 б	1а,2в,3 б	1в,2а,3 б

<p>11.</p>	<p>Мосликни аниқланг. Касалликлар: 1. Вирусли гепатит А, 2. Вирусли гепатит В. 3. ЎТ-тош касаллиги. Касалликларни эпидемиологик хусусиятларини кўрсатинг: А) Парентерал муолажалар асосий, мавсумийлик, ёшга боғлиқлиги йўқ, касаллика қарши вакцинацияни самараси юқори. Б) Мавсумийликка эга, Бемор ёши муҳим, ижтимоий ҳолатни таъсири бор. В) Хамма ёшни зарарлаши мумкин, Трансмиссив йўл асосий. Г) Катта ёшдагилар кўп касалланади, овқат рационига боғлиқ, масумийлик йўқ.</p>	<p>1б,2а,3 Г</p>	<p>1а,2б,3 В</p>	<p>1б,2в,3 а</p>	<p>1б,2в,3 а</p>	<p>1Г,2в,3 а</p>
<p>12.</p>	<p>Мосликни аниқланг: Касалликлар 1. Вирусли гепатит А. 2. Вирусли гепатит В. 3. Иерсиниозли гепатит. Касалликларни даволашда қайси усуллар қўлланилади. А) Пархез, дезинтоксикацион, гепатопротекторлар. Б) Пархез, Дезинтоксикацион, гепатопротекторлар оғир ҳолларда гармонотерапия. В) Пархез,</p>	<p>1а,2б,3 В</p>	<p>1б,2а,3 В</p>	<p>1в,2а,3 б</p>	<p>1в,2а,3 б</p>	<p>1а,2в,3 б</p>

	Дезинтоксикацион, антибиотикотерапия.					
13.	<p>Мосликни аниқланг: Касалликлар 1.Вирусли гепатит С. 2. Вирусли гепатит Е. 3.Хомиладорлар гепатози (синдром Шихана). Касалликларни даволашда қайси усуллар қўлланилади. А)Пархез, дезинтоксикацион, гепатопротекторлар.Б)Пархез, Дезинтоксикацион, гепатопротекторлар, этиотроп. В) Пархез, Дезинтоксикацион, Жарроҳлик йўли билан хомиладорликни тўхтатиш.</p>	1б,2а,3 в	1а,2б,3 в	1в,2а,3 б	1а,2в,3 б	1б,2в,3 а
14.	<p>Мосликни аниқланг: Касалликлар.1.Вирусли гепатит Е, 2. Вирусли гепатит В.3.ЎТ-тош касаллиги. Касаллик оғир кечганда асорат пайдо бўлса, белгиларини кўрсатинг: А)Жигар қисқариб,интоксикация белгилари кучаяди, УЖЭ белгилари пайдо бўлади.Б)Хомиладорларда касаллик асорат билан кечиб-қон кетиш, бола ташлаш кузатилиши мумкин, УЖЭ ривожланиши мумкин.</p>	1б,2а,3 в	1а,2б,3 б	1в,2а,3 б	1б,2в,3 а	1а,2б,3 в

	В)Қоринда оғрик кучайиб, перитонит белгилари намоён бўлади.					
15	<p>Мосликни аниқланг: Касалликлар. 1.Вирусли гепатит С, 2.Вирусли гепатит Д. 3.Токсик гепатит. Касаллик кечиш хусусиятларини курсатинг: А)Енгил, билинар-билинемас, сариқлик юқори бўлмаган, тўлқинсимон кечади. Б)Касаллик кўп холларда оғир, асоратли, чўзилган-сурункаликка ўтишга мойил кечади. В)Оғирлик даражаси юқори бўлмайди, даволаш бошланса тез белгилар қайтади, сурункаликка ўтмайди. Г) Клиник кечиши ҳаммасида ҳам бир хил</p>	1а,2б,3 в	1б,2а,3 в	1в,2г,3 а	1б,2а,3 г	1в,2а,3 г

Мавзу бўйича вазиятли масалалар:

1-вазият

Бемор В. 4 ёшда. Шифохонага касалликни 5-куни келган. Шикоятлари онасини сўздан касалликни 4-5-кунида сийдик ранги қизарган. Кўрилганда тана ҳарорати 38,1⁰С, кўзи бироз сариқ рангда, териси сариқ рангда. Бемор холати ўрта оғир, ҳушида, беҳол. Иштахаси пастроқ. Тери ва кўз склерасида сариқлик (++) , (+). Нафас олиши бурун орқали равон. Ўпкада дағал нафас эшитилияпти. Юрак тонлари бўғиқ, ритмик. Тили оқ караш билан қопланган. Қорни юмшоқ бироз оғриқли. Жигари +2+2,5+2,5 см катталашган. Сийдиги тўқ сариқ рангда. Ахлати аҳолик. Менингиал белгилар йўқ.

Клиник ташхисни қандай таҳлиллар асосида тасдиқлаш даркор?

2-вазият

Бемор Б. 8 ёш. Шифохонага касалликни 8 куни қабул қилинган. Касаллик бирданига бошланган, беморнинг ҳарорати 39°C гача кўтарилиб, уни бош оғриғи безовта қилган, ичи кетган. Иситмаси 5 кун давом этган. Кейин $37,5^{\circ}\text{C}$ га тушган, касалликни 8 куни бемор яна иситмалай бошлаган. Иштаҳаси йўқолган, кўнгли айниган, пешоби қизарган. 13 куни ўнг қовурға тагида оғриқ пайдо бўлаган, бемор қайт қилган, сарғайган ва касалхонага келган. Касалхонада беморни аҳволи ўрта оғирликда. Бехол, иштаҳаси паст, кўнгли айниган, ўнг қовурға остида оғриқ бўлган. Териси сариқлиги +++, томир уриши ўртача баландликда, юрак товуши бўғиқ, ўпкада дағалроқ нафас эшитилмоқда. Қорни бироз шишган, юмшоқ, жигари 3,0-3,0-3,5 см катталашган. Талоғи +1,0 см катталашган. Пешоби тўқ, нажаси суюқ, кулранг. Менингеал белгилар йўқ.

Беморнинг диагнозини аниқланг? Текшириш режасини тузинг.

3-вазият

Бемор Т. 28 ёш. Касаллиги 10.03 куни қувватсизликка, иштаҳасини пасайиши, ошқозон соҳасида бироз оғриқ, кўнгил айниши, бир марта қусиш каби аломатлар билан бошланган. 15.03 да беморни аҳволи бироз оғирлашган, кескин холсизлик, бош айланиши, иштаҳанинг йўқлиги, қайта-қайта қусиш кузатилиб, сийдик ранги тўқлашган, нажас эса рангсизланган. 16.03 да тери ва кўз оқида сариқлик пайдо бўлган. Касалликнинг 7 кунида кўрилганда беморни аҳволи ўртача, тана ҳарорати $36,5^{\circ}\text{C}$. Тери ва шиллик қаватлари сарғайган. Ўпкада везикуляр нафас, юрак тонлари бўғиқлашган. Пульс 68 та, ритмик. А/Б 100/70 мм.см.уст. га тенг. Тил караш билан қопланган, қорни юмшоқ, жигарнинг пастки қирғоғи ўнг қовурға остидан 1,5см чиқиб турибди, эластик, бироз оғриқли, талоқ бироз катталашган. Сийдик тўқ сариқ, нажас рангсиз.

Ташхисни аниқланг ва асосланг?

Беморни текшириш режасини тузинг.

4-вазият

Қизалоқ С. 4ёш. Шифохонага консультацияга келди. Онасини сўзидан шикоят йўқ. Қизалоқни бир хонада турадиган акаси ВГА билан юқумли касалликлар шифохонасида даволанган. Текширувда сийдикдаги уробилин ва ўт пигментлари кучсиз мусбат. Қонда Аст-1,4 ммоль/л, Алт-2,7 ммоль/л. Объектив кўрганда ички органларда ўзгариш топилмади.

Тахминий ташхис қўйинг?

Профилактикани ташкил этинг.

5-вазият

Бемор С. 10 ёш. Шифохонага касалликни 5 куни келди. Касаллик бирдан бошланган, беморни қалтироқ босиб, иситмаси кўтарилган, кўнгли айниб, боши оғриган, қусган, ичи суюқ келган. Касалликнинг 1 куни бирданига тошма тошган. Келгандаги аҳволи ўрта оғир, холсиз, кўнгил айнишига, қорин оғришига шикоят қилади. Иситма $39,2^{\circ}\text{C}$. Юзи қизарган, Кўз оқи сарғайган, тана, қўл-оёғида нуктали-доғли папулёз тошма кўринади. Юрагида бўғиқроқ товуш. Тили оқ карашли. Томоғи қизарган, қорни юмшоқ, киндик атрофида оғриқ сезади. Жигари $+2,5\text{см}$ қовурға ёйи остидан чиқиб туради. Пешоби қизарган. Менингеал белгилар йўқ.

1. Касалликни диагнозини аниқланг.
2. Лаборатор тешириш усуллари тузинг.
3. Даволаш режасини тузинг.

6-вазият

73 кунлик бола, тери қопламлари сарғайган, умумий аҳволи қоникарли, эмиши фаол. Қон биохимик текширилганда билирубин кўрсаткичларидан умумий билирубин боғланмаган фракцияси ҳисобига ошган. Умумий қон тахлилида ва Нв миқдори меъёрида. Эритроцитлар резистентлиги ўзгармаган. Қон зардобиди АЛТ ва АСТ фаоллиги меъёрида.

1. Сизнинг ташҳисингиз.
2. Текшириш режасини тузинг.
3. Қандай даволашни тавсия қиласиз?

7-вазият

Бола 10 ёш. Шикояти: ўнг ёнбошида оғриқ, оғриқ хуружсимон бўлиб, ўнг кўкрак остига узатилади. Ортнер, Крувуазье белгилари ижобий. Пальпацияда қорни ўт пуфаги проекциясида оғриқли. Терида сезиларсиз сариқлик, склера субиктерик, қонда трансaminaзалар (АЛТ, АСТ) текширилганда фаоллиги меъёрида. Билирубин эркин фракцияси ҳисобига бироз ошган.

1. Ташҳис қўйинг.
2. Текшириш режасини тузинг.
3. Даволашни тавсия қилинг.

8-вазият

Бемор В. 1 ёшда. Шифохонага касалликни 5 куни қуйидаги юқумли вирусли гепатит ташхиси билан келган, касалликни 4-5 кунида сийдик ранги қизарган. Кўрилганда тана ҳарорати 38,1°C, кўзи бироз сариқ рангда, териси одатдаги рангда, жигари катталашган.

Савол:

- а) Клиник ташхисни қандай таҳлиллар асосида тасдиқлаш даркор.
- б) Беморга даволаш усуллари тавсия қилинг.

9 - вазият

1,5 ойлик бола шифохонага сарғайиб кетганлиги, истимаси кўтарилганлиги, қайт қилаётганлиги муносабати билан ётқизилди. Об'ектив кўрганда, умумий аҳволи нисбатан оғир, тери ва шиллиқ қаватлари сарғайган (++) . Тили оқ қараш билан қопланган. Қорни бироз дам. Жигари + 3,0; + 4,0 см ўртача қаттиқликда. Қара талоғи + 2,0 см, сийдиги тўқ рангда, ахлати оқарган. Биохимик таҳлилларда билирубин ва трансaminaзалар миқдори ошган. Анамнезидан маълум бўлишича, боланинг опаси вирусли гепатит билан касалланган экан.

Савол: 1. Тўғри ташхис кўйинг.

2. Ушбу касалликни қайси касалликлар билан дифференциал диагноз қилинади?

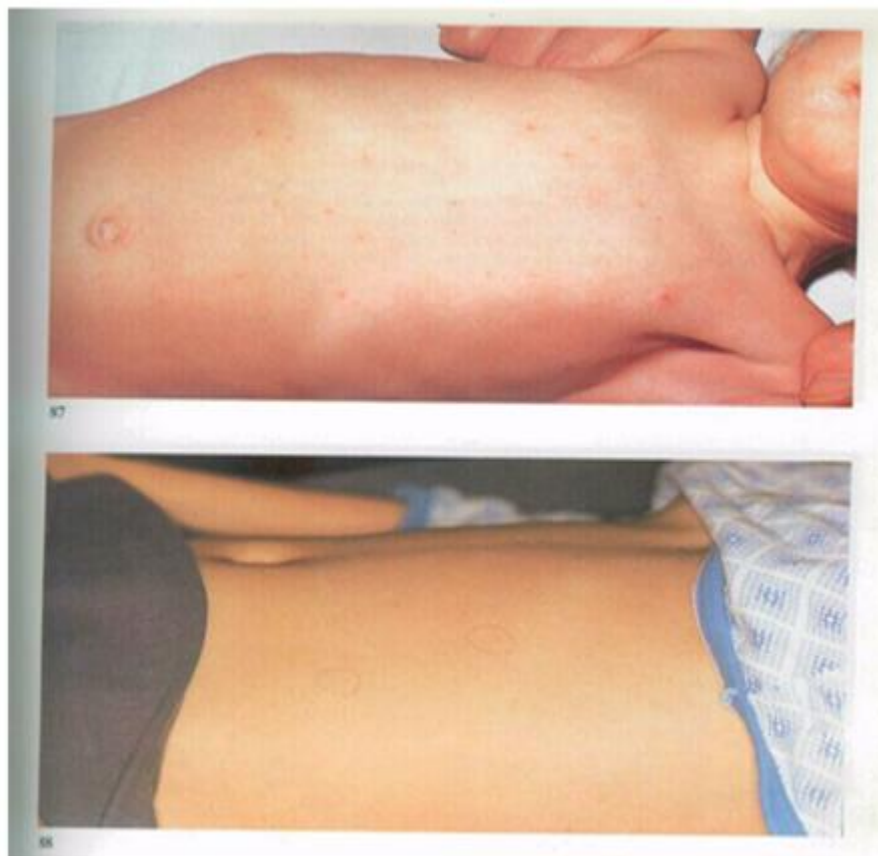
5 БОБ

ЭКЗАНТЕМА СИНДРОМИ БИЛАН КЕЧАДИГАН КАСАЛЛИКЛАР ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

5.1. ЭКЗАНТЕМА (ТОШМА) ҲАҚИДА УМУМИЙ МАЪЛУМОТЛАР

Юқумли касалликларда кўп учрайдиган симтомлардан бири бу экзантема белгиси бўлиб, касалликни диагностика қилишда хал қилувчи аҳамиятга эга. Бирламчи экзантемаларни кўринишлари, турлари ва касаллик даврларида пайдо бўлиши, жойлашишини ўзига хослиги қуйидагилардан иборат:

1) Розеола – унча катта эмас, доғча – диаметри 2-5 мм, кўпинча думалок, қизғиш рангда – терини сўрғич қатламини қон томирларини маҳаллий кенгайиши туфайли ҳосил бўлган. Баъзи вақтда – теридан бироз кўтарилиб турадиган тошма.



18-расм. Қорин тифидаги тошмалар.

Асосий фарқи (бошқа тошмаларга нисбатан) – эзганда (босилганда) йўқолиб кетади ва эзишни тўхтатганда – яна пайдо бўлиши. Қорин тифида

касалликни 8-10 кунларида розеолёз тошмани аниқлаш касалликни ташҳислашда хал қилувчи белгилардан бири бўлиб ҳисобланади (18-расм).

2) Майда нуқтасимон тошма – розеолага ўхшаш, кўпгина майда элементлардан иборат, қизил рангда, бироз теридан кўтарилган, гиперемияланган фонда бўлиши мумкин, ўлчами – 1 мм гача. Скарлатинада касалликни биринчи кунларидан гиперемияланган фонда пайдо булади, табиий бурмаларда тошмалар қуйиклашиб, йўллар пайдо қилади (Пастия симптоми), бурун, лаб учбурчагида тошма бўлмайди (19-расм).



19-расм. Майда нуқтасимон тошма (скарлатина).

3) Доғ – розеолага ўхшаш, лекин бироз каттароқ ўлчамда (5-20 мм), теридан кўтарилмаган, бу ҳам – терини қон томирларини локал кенгайиши туфайли ҳосил бўлади, шакли – нотўғри овал, қирғоғи – “фестонли” (20-расм).



20-расм. Доғ

4) Эритема – катта доғларни (11-20 мм) бир-бири билан қўшилиши натижасида ҳосил бўлади. Қирғоқлари кескин ажралиб туради. Эритемани ичида ўзгармаган тери бўлиши мумкин.

Эритема ҳам – терини сўрғичли қатламини қон томирлари кенгайиши туфайли ҳосил бўлади. Яллиғланиш жараёни кузатилмайди.

Эритемани – минтақавий (махаллий) ўткир яллиғланишдан фарқлаш зарур. Масалан, сарамас, сибир яраси, жароҳатланиш ва бошқалар. Бундай холларда – теридан бироз кўтарилиб туриш ва пайпаслаганда – оғриқ борлиги кузатилади (20-расм).

Шуни айтиб қўйиш керакки – ҳозирги кунгача шаклланишда батафсил фикр йўқ. Масалан, “эритема” ва “инфекцион эритема – тугунчали эритема” (яъни – тошма тугунчалардан иборат).

Псевдотуберкуллёзда учрайдиган – баъзи жойларни териси қизариб қолишини ҳам (“қўлкоп”, “капюшон”, “носки” – белгилар) “эритема” деб аталмайди (21-расм).



21-расм.



22-расм.

5) Тугунча (папула) – теридан кўтарилиб туради, терини (дермани) сурғичли қатламида қон томирларни кенгайтириши, чегараланган шишиш, инфилтрат ривожланиши ва эпидермисни пролиферацияга учрашиш туфайли ҳосил бўлади. Ўлчами 1-20 мм. Шакли, ўлчами, консистенцияси ва

бошқалари ҳар хил бўлиши мумкин. Бир-бирига қўшилса – бляшкаляр деб аталади (22-расм).

б) Дўмбоқ, дўнглик – тугунчага нисбатан чуқурроқ жойлашиши ва пайпаслаганда ҳар маҳал инфилтрат мавжудлиги билан фарқланади.

Кейинчалик некрозга учраб, яра ҳосил бўлиб, чандиқ ҳосил бўлиши билан яқунланиши мумкин.

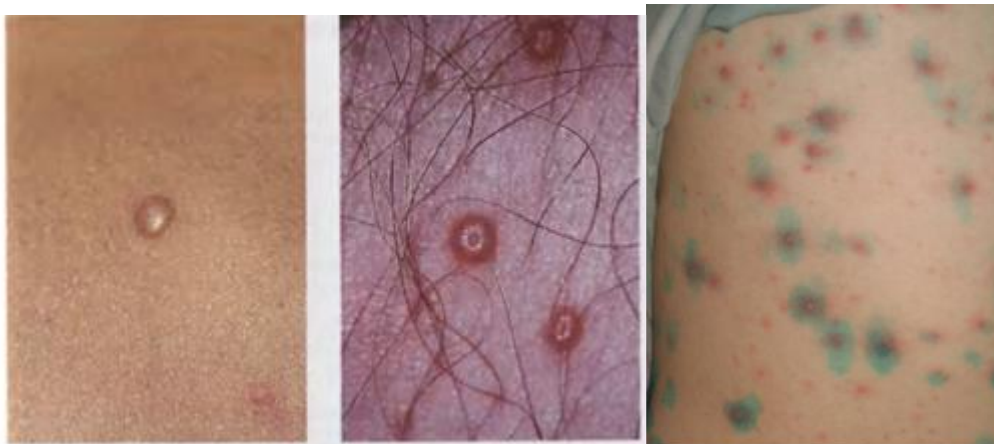


23-расм. Тугун

7) Тугун (узел) – чекланган, қаттиқ, терини чуқур ва тери ости ёғли қатламларида жойлашган, ўлчами – 10-50 мм (1-5 см) ва ундан ҳам каттароқ тошма бўлиб ҳисобланади (23-расм).

8) Торвоқ – типик кўриниши – ўртаси оқимтир, чегаралари қизғич. Кўпайиш ва бир-бири билан қўшилишга мойилликка эга. Шунинг учун баъзан “географик карта”га ўхшаб кетади. Ўткир ривожланади, терини сурғичли қатламини капиллярларини кенгайтиши, уларнинг ўтказувчанлигини ошиши ва ташқарига эксудат чиқиши туфайли ривожланади. Қичишиш, ачишиш кузатилади.

9) Пуфакча – ўлчами 1,5-5 мм, сероз, камдан-кам – сероз-геморагик суюқлик сақлаган тошма. Одатда, пуфакча экзантемани бир босқичидир (доғ ёки розеола – тугунча – пуфакча – эррозия - қараш - корочка).



24-расм. Пуфакчалар

10) Герпетик тошма – майда, бир-бирига яқин жойлашган пуфакчалар гуруҳи, эритематоз – ялиғланиш асосида жойлашган.



25-расм.

11) Пустула – йирингча – йиринг билан тўлдирилган пуфакча. Кўпинча пуфакчанинг навбатдаги босқичидир.



26-расм. Пуфак

12) Пуфак – ўлчами 5 мм дан каттароқ.

Тери ялиғланган асосда жойлашиши мумкин (Сарамасни буллёз шакли, сибир ярасини ҳосил бўлиш босқичида ва бошқалар). Баъзи вақтда ўзгармаган терида кузатилади (травматик) (26- расм).

Лекин инфекцион касалликларда ҳам учраши мумкин (илон чаққанда, куйиш, тери касалликлари – пузырчатка ва бошқ.).

13) Геморрагия – қон томирни жароҳатланиши, ўтказувчанлиги ортиши ёки деворини бутунлигини ўзгариши туфайли терига қон қуйилиши.

Бошланишида ранги қизил, кейинчалик – ўзгаради – кўкимтир, сарғич ва кейинчалик тўқлашади. Изсиз йўқолади (28 расм). Ҳажми ва шаклига қараб номланади:

Петехия – нуқтасимон, нормал терида (бирламчи) ёки розеоалар билан биргаликда (27 расм).

Пурпура – 2-5 мм. Каталикдагиси.

Экхимозлар – 5 мм.дан каттароқ жойни эгаллагани.

Кон қуйилиши – инъекция қилган жойларда қон қуйилиши

Энантемалар – иккиламчи булиб фаркланади.

а) Эрозия – 29 расм.

б) Яра- Язва



27-расм. Петехия



28-расм. (Крым- Конго гемморагик истимаси)



29-расм. Яралар



30 расм. Геморрагик тошмалар

Юқорида келтирилган тошмалар аниқланганда врач ташхисни тўғри аниқлаш учун қуйидаги саволларга жавоб бериши керак:

- а) Тошмани турини аниқлаш.
- б) Пайдо бўлиш муддатини аниқлаш.
- в) Кўпроқ, аниқ жойлашган жойни аниқлаш
- г) Тошмани “қўйиқлашишини” аниқлаш
- д) Босқичма-босқич пайдо бўлишини аниқлаш
- е) Узоқ-қисқа вақт давомида бўлишини аниқлаш
- ж) Тошма тошишини қайталанишини аниқлаш

з) Бир-бирига қўшилишга мойиллигини аниқлаш

Ҳар вақт эсда тутиш керакки – тошмалар ноинфекцион касалликларда ҳам учраши мумкин.

5.2.ТОШМАЛАР БИЛАН КЕЧУВЧИ КАСАЛЛИКЛАРНИ ДИАГНОСТИКАСИНИ АЛГОРИТМИ

Юқумли касалликлар

1. Паратифлар
2. Псевдо туберкулёз
3. Тошмали тиф
Бриль касаллиги (битли)
4. Канали тошм. тиф
5. Лептоспироз
6. Марсель истимаси

1. Кизамиқ
2. Қизилча
3. Инф. моноклеоз
4. Канали тошм. тиф
5. Энтеровир. тошма
6. Лептоспироз
7. Инфекцион эритема
8. Трихинеллёз

1. Рожа (сарамас)
2. Куйдирги

1. Қорин тифи
2. Сувчечак
3. Кизамиқ

Юқумли бўлмаган

II. Розеола

1. Иккиламчи захм
(сифилис)

III. Доғсимон

1. Медикаментозли тошма
2. Иккиламчи захм
(сифилис)
3. Пушти лишай

IV. Эритема

1. Инф. эритемалар
2. Қизил волчанка
3. Бошқа тери касал.

V. Тугунча (папула)

1. Иккиламчи захм
(сифилис)
2. Тери касал.

VI. Пуфакча (везикула)

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 1. Сувчечак | 1. Тери касал. |
| 2. Герпет. инф-я | 2. Ўраб олувчи темиратки |
| 3. Везикул. риккетсиоз | |
| 4. Маймун оспаси | |

VII. Пуфак (пузырь)

- | | |
|-------------------|---|
| 1. Рожа (сарамас) | 1. Эксудатив эритема |
| 2. Куйдирги | 2. Лайелла синдроми |
| | 3. Стивенс-Джонс синдроми
(сульфаниламид. аллерг.) |

VIII. Геморрагик тошма

- | | |
|--------------------------------|--------------------|
| 1. Менингококкли инф. | 1. Гемор. васкулит |
| 2. Скарлатина | 2. Тромбоцитопения |
| 3. Псевдо туберкул. | 3. Анемиялар |
| 4. Стафилакоккли инф. | 4. Авитаминозлар |
| 5. Пневмокок., стрептокок. инф | 5. Диабет |
| 6. Тошмали тиф | 6. Лейкозлар |
| 7. Геморрагик истималар | |

Майда нуқтасимон тошма

1. Скарлатина (расм 4.12.)
 - 1.1 Касалликни 1-чи кунидан бошлаб пайдо бўлади
 - 1.2 Қизарган терида фонида аниқланади
 - 1.3 Табиий бурмаларда қалинлашган
 - 1.4 Тулаш билан якунланади

Тошма билан бир қаторда – интоксикация, тонзилит аломатлари кузатилади, бурин - лаб учбурчагида тошма бўлмайди, оқарган бўлади.

2. Сохта туберкулёз.

2.1 Касалликни 3-4 куни пайдо бўлади.

2.2 Тошмани ўзига хос жойларда пайдо бўлиши (“пайпок”, “қўлқоп”, “ёқа” синдромлари).



31 расм. Майда нуқтасимон тошма

2.3. Касаллик оғирроқ кечади ва узоқ вақт давом этади, тана ҳарорати 7-10 кун давомида баланд бўлади.

2.4. Тонзиллит аломатлари йўқ.

2.5. Касалликни кечишида – мезоденит, терминал илеит, менингит ва бошқа синдромлари бўлиши мумкин.

3. Медикаментоз аллергияни ташхислашда қуйидаги маълумотларга таяниш керак:

3.1. Дорилар қабул қилганлиги (кўпинча сульфаниламидлар).

3.2. Анамнезда бундай ҳолатлар учрагани.

3.3. Тошмалар касалликни 2-3-чи кунига келиб пайдо бўлиши, тана ҳарорати меъёрлашгандан кейин.

3.4. Тошма йўқолиши кучли тулаш (тери кўчиши) билан яқунланади.

Майда нуқтасимон тошмада ташхис излаш алгоритми

Майда нуқтасимон экзантема

↓	ха	
Тонзилит борми	→	Скарлатина ташхиси
↓йўқ		
Беморда йирингли ўчоғлар (абсцесс, остеомиелит, йирингли артрит ва бошқ.) борми	ха	
	→	Стафилококкли инфекция
↓йўқ		
Беморда мезоденит,	ха	

терминал илеит, сариқлик → Сохта туберкулёз ташҳиси
 белгилари борми

↓йўқ

Бемор сульфанил- ха Медикаментозли дерматит
 амидлар қабул қилганми → ташҳиси

↓йўқ

Анамнезда сульфанил- ха Скарлатинасимон қайталанувчи
 амидларни қабул қилганда → эритема (Фереоля-Бенье
 шундай холат кузатилган касаллиги)

↓йўқ

Бемор танасига мазьлар ха
 (дорилар) суртканми → Контактли дерматит ташҳиси

1. Кўп холатларда пайдо бўлиши (70-80%)
2. Кечроқ пайдо бўлиши (касалликни 7-10-чи кунлари)
3. Асосан моноформли, қирғоқлари аниқ, теридан бироз кўтарилиб туриши
4. Сони кўп эмас (санашни иложи бор)
5. Кўпинча қорин, кўкракни паст қисмларида жойлашган
6. Янги элементлар пайдо бўлиши мумкин
7. Кўпинча 2-4 кун сақланиб туради ва изсиз йўқолади

Беморларда тана ҳарорати баланд, жигар ва талоқ катталашган, қонда лейкопения (хамда тиф-паратифга хос бошқа белгилар мавжуд – ангина Дюге, Падалка симптоми, оқимтирлик ва бошқалар).

Розеолёз тошма тошишни тошмали тиф ва Бриль касаллигида ўзига хослиги

1. Деярли барча беморларда кузатилади (85-95%)
2. Касалликни 2-4-чи кунлари пайдо бўлади
3. Тошмалар сони ўта кўп (санаб бўлмади)
4. Тошмалар теридан кўтарилмаган, қирғоқлари аниқ эмас
5. Кўпинча тананинг ёнбош қисмида, кўкракда, оёқ-қўлнинг бурма қисмида жойлашган

6. Розеола билан бир қаторда қон қуйилишлар (петехия) мавжуд

7. Кўпинча 3-4 кун сақланиб қолади

Тошмали тифга хос бошқа белгилар билан бир қаторда кузатилади (тана ҳарорати баланд, кучли бош оғриқ, уйқусизлик, безовталаниш, Киара-Авцино белгиси – пастки қовоқда сиёҳ ранг доғлар, Розенберг белгиси – юмшоқ танғлайда энантема, лейкоцитоз ва бошқ.).



32-расм. Розеолез тошмани сохта туберкулёзда тошишини ўзига хослиги

1. Типик майда нуқтасимон тошмалар билан биргаликда учрайди
2. Сохта туберкулёзни оғир шаклларида фақат розеолез тошма бўлиши мумкин
3. Касалликнинг 3-4 куни тошади
4. Танани барча жойларида бир хил жойлашади (баъзи жойларда кўйиқланиш – йўқ) (32-расм).
5. 3-5 кун сақланиб туради

Мезоденит, терминал илеит, жигар ва талокни катталашиши, диарея ва бошқа (сохта туберкулёзга хос) белгилар билан биргаликда кузатилади.

Иккиламчи захмда розеолез тошмани тошишини ўзига хослиги:

1. Бирламчи захмдан кейин 40-50 кун ўтгач пайдо бўлади.
2. Кўпинча тана ҳарорати қониқарлигида пайдо бўлади (билилмаган холда). Баъзан кучли бўлмаган захарланиш (интоксикация) аломатлари мавжудлигида пайдо бўлади. Шунинг учун бемор кўпинча юқумли касалликлар шифохонасига – қизамиқ, қизилча, қорин тифи ва бошқа ташҳислар билан жўнатилади.

3. Розеоладан ташқари (2-5 мм) майда доғлар (5-10 мм) бўлиши мумкин.
4. Кўпинча танада аниқланади.
5. Узоқ вақт (3 ҳафтагача) давомида сақланиб туради.

Чивин чақиши

1. Танани очик жойларида аниқланади.
2. Чаққан жойда қичишиш ва шишиш (инфилтрация) кузатилади.

5.3. ЭКЗЕНТЕМА СИНДРОМИ БИЛАН КЕЧУВЧИ КАСАЛЛИКЛАР КЛИНИКАСИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ

Юкумли касалликларда, айниқса болалар хаво-томчи юкумли касалликларида эрта ташхислашни эпидемиологи нуқтаи назаридан муҳим ҳисобланган касалликлар клиникасини кўриб чиқамиз.

Қизамиқ. Қизамиқда инкубацион давр ўртача ҳисобда 8-10 кундан 17 кунгача чўзилиши мумкин. Профилактик мақсадда иммуноглобулин олган болаларда инкубацион даври 21 кунгача чўзилади.

Қизамиқ клиник кўринишда 3 та давр фарқланади: продромал, тошмали, пигментация.

Касаллик бошланиши - катарал давр – 3 – 4 кун давом этади, тана ҳароратини 38,5-39°C гача кўтарилиши, интоксикация ва катарал симптомлари пайдо бўлиши билан бошланади.

Беморда тез-тез аксириш, бурундан кўп суюқлик ажралиши овоз бўғилиши ва куруқ йўтал кузатилади.

Ёруғликдан кўзлари ачишади, ёшланади, конъюктивалари қизариб кетади қовоқларни шишиб, бўртиб туради. Умумий аҳвол кескин ўзгаради, бола безовта, инжик, ёмон ухлайди, ланж, иштаҳаси пастлайди.

Дастлаб касаллик бошида ичи суйилади, қоринда оғриқ пайдо бўлади.

Жуда оғир ҳолатларда касалликнинг биринчи кунларидан бошлаб умумий интоксикация белгилари кескин намоён бўлади, талваса ва хушни йўқотиши кузатилиши мумкин.

Қизамиқда катарал давр 3-4 кун давом этади, баъзан 5-7 кунгача чўзилади. Бу давр учун патогномоник белги оғиз шиллик қаватида ўзига хос ўзгаришлар бўлишидир. Тил илдизи соҳасида, лунж, милк ва лаб шиллик қаватида четлари қизил бўлган кулранг-оқиш нукталарни бўлиши билан характерланади. Бунда шиллик қават гулсимон, ғадир – будир қизарган, нозиклашган, Филатов – Бельский – Коплик симптоми пайдо бўлади. Бу белгилар тошма тошгунча 1-2-3

кунларда намоён бўлади, бу тошма пайдо бўлгунча қизамиқ ташҳисини қўйишда ёрдам беради ва продромда бошқа этиологияли катарал кўринишларни фарқлашда ёрдам беради.

Қизамиқ катарал даври учун юмшоқ ва қаттиқ танглайда майда пушти - қизил доғлар кўринишида энантемалар пайдо бўлиши характерли, қизамиқ энантемалари терига тошма тошгунча 1-2 кун давомида аниқланади.

Баъзан қизамиқнинг катарал даврида терида нуктасимон, скарлатинасимон ёки уртикар тошма пайдо бўлиши кузатилади. Продромал тошма асосан кам ва суст намоён бўлади. Қизамиқ тошмаси пайдо бўлгач, касаллик авж олиш даврига ўтади.

Тошма тошиш даври касалликнинг 4-5 кунидан бошланади ва доғли-папулёз тошмалар пайдо бўлиши билан характерланади.

Тошманинг биринчи элементлари қулоқ орқасида, бурунда майда пушти доғлар шаклида пайдо бўлади. Тезда ўлчамлари катталашади, бир-бирлари билан баъзан қўшилади, нотўғри шаклга эга бўлади. Тошма элементлари миқдори жуда тез кўпаяди, биринчи сутка охирида бутун юз ва бўйинни қоплайди, кўкрак ва тана юқори қисмида алоҳида элементлар шаклида бўлади.

Иккинчи суткада бутун танани ва қўлни юқори қисмини тошма қоплайди, учинчи кунда оёқ ва қўлларда тарқалади.

Тошмани этапли тошиши - қизамиқ учун муҳим диагностик аҳамиятга эга. Қизамиқда тошма оёқ - қўлнинг ички ва ташки юзасини бир текисда қоплайди.

Тошманинг биринчи кунда тана ҳарорати катарал давридагига нисбатан юқори. Тошма тошишидан 1-2 кун олдин у бир қанча тушади ва тошманинг биринчи куни яна янги кўтарилиш кузатилади, график кўринишда икки букрилиқ эгри чизик ҳосил қилади. Тошма тошиши даврида ҳарорат юқорилигича сақланади. Асоратланмаган кечишида тошма тоша бошланган кундан 3-4 кун ўтгач, ҳарорат нормалашади. Тошма даврида бемор умумий аҳволи оғир, безоталаниш, алаҳсираш, баъзан уйқунчанлик кузатилади.

Периферик қонда лейкопения кузатилади. Қизамиқда умумий интоксикация белгилари касаллик оғирлигини белгилайди.

Кейинчалик тошмалар тезда қорайиб, жигар ранг тус олади, ва пигментанция даври бошланади. Пигментация ҳам этапли, яъни дастлаб юздан, тана ва оёқ-қўллардаги тошмалар пигментацияланади. Бу давр 1-1,5 ҳафта давом этади ва терида майда кипиқланишлар бўлади.

Пигментация даврида тана ҳарорати нормаллашади, катарал симптомлар йўқолади ва беморнинг умумий аҳоли аста-секин тикланади. Қизамиқнинг реконвалесценция даврида узоқ муддат астения ва анергия (иммунитетнинг сусайиши) ҳолати ушланиб туради.

Қизамиқни баъзи даврлари давомийлиги бузилган бўлиши мумкин - тошма даври қисқариб, катарал даврнинг бўлмаслиги, тошма босқичли тошишини бузилиши кузатилади.

Митигирланган қизамиқ инкубацион даврида иммуноглобулин олган беморларда кузатилади.

Баъзан бундай беморларда Филатов - Бельский - Коплик доғлари бўлмайди, тошма рангпар, майда ва кам бўлади (баъзан бир нечта элемент), тошма тошиш босқичлилиги бузулади, катарал белгилар жуда суст намоён бўлган ёки умуман бўлмайди.

Митигирланган қизамиқда асоратлар кузатилмайди.

Қизамиқнинг яширин шакли кўпинча 6 ойгача бўлган болаларда учрайди, уларда касаллик онасидан ўтган пассив имунитет фонида кечади.

Атипик агрессив симптомли қизамиқ (гипертотоксик, геморрагик, ёмон сифатли) ҳолатларни киритиш мумкин, улар жуда кам учрайди.

Тирик қизамиқ вакцинаси билан эмланганларда қонида антителолар ҳосил бўлади, бўлмаган бўлса, уларда қизамиқнинг барча хусусиятларини сақлаган ҳолда типик кечади.

Асоратлари. Қизамиқда асоратлар касалликнинг турли даврларида пайдо бўлиши мумкин. Асосан улар иккиламчи микроб флорасини қўшилишидан иборат. Асоратлар қизамиқда фақат ўлимга сабаб бўлиши мумкин, асоратланмаган қизамиқдан болалар ўлмайди.

Кўпинча асоратлар нафас аъзолари томонидан бўлади: ларингит, ларинготрахеобронхит, зотилжам. Ларингит ва ларинготрахеит асосан продромал даврда пайдо бўлади ва тошма тошиши билан йўқолади. Улар сабабчиси қизамиқ вируси бўлиб, жараён катарал характерга эга.

Некротик, фибриноз-некротик, ярали ларингит ва ларинготрахеит пигментация даврида вужудга келади, лекин касаллик бошланишда ҳам бўлиши мумкин. Улар узоқ муддатли, баъзан тўлқинсимон кечади, афония ва ҳиқилдоқни яққол стенози билан намоён бўлади. Бу вирус – бактериал асоратдир.

Қизамиқда ўпкани яллиғланиши барча даврларда ривожланиши мумкин, эрта зотилжам, продром даврда ривожланади, қизамиқ вируси чақирган лимфа

ва қон айланиши бузилиши билан боғлиқ. Ўпкадаги ўзгаришларни аниқлаш қийин бўлади.

Эрта пайдо булган зотилжам жуда оғир кечиши билан фарқланади. Бунда МНС шикастланади. Бунда ўпкадаги физикал ўзгаришлар яққол бўлмаслиги мумкин, чунки бронхопневмония ўчоқли шаклида кечади.

Кечки зотилжам тошма пигментацияси даврида (тошма тошгач 4-5 кундан кейин) пайдо бўлади. 1-2 кун тана ҳарорати нормалашгач, яна кўтарилади, умумий аҳволи ёмонлашади. Хансираш, цианоз ва ўпкада физикал ўзгаришлар пайдо бўлади. Қизамиқдаги зотилжам секин кечиши билан фарқланади ва абцессланишига мойил бўлади. Ҳозирги вақтда антибиотикларни ўз вақтида қўлланилиши зотилжамни текис кечиши ва тузалишини таъминлайди.

Оҳирги йилларда қизамиқда эмпиема ва абцесслар кам учраяпти. Энг кўп ва жуда оғир зотилжам 2 ёшгача бўлган болаларда учрайди. Қизамиқ зотилжамини ўлим билан тугаши кўпинча 2 ёшгача бўлган болалар орасида кузатилади.

Отит - энг кўп учрайдиган қизамиқ асорати. Оҳирги йилларда фақат катарал отит кўп учраб, йирингли отит кам учрайди. Отитлар кўпинча қизамиқни пигментация даврида пайдо бўлади.

Стоматит - қизамиқда катарал ёки афтозли бўлади. Овқатланиши бузилган ва авитаминоз сабабли кучсизланган болаларда некротик ёки ярали стоматит ривожланади. Гангренозли стоматит (нома) оҳирги йилларда учрамоқда.

Колит ва энтероколит пигментация даврида иккиламчи микроб флоросини қўшилишидан, яъни шартли патоген (шигелла, патоген туридаги замбуруғлар, стафилококклар, энтерококклар) микроблар келтириб чиқаради.

Кератит: қизамиқда кам учрайдиган асоратлар - диарея ва авитаминоз белгилари бўлган болаларда, айниқса кўзга ёмон парвариш бўлганда учрайди.

Асаб тизими томонидан асоратлар - булар энцефалит, серозли ёки йирингли менингит оғир кечиши ва ўлим билан тугаши мумкин.

Алоҳида ҳолатларда қизамиқ асорати энцефаломиелит бўлиши мумкин, параплегия ёки орқа мияни бошқа шикастланиш белгилари билан бирга намоён бўлади.

Ташхис типик қизамиқда қийинчилик туғдирмайди. Касалликни ўткир бошланиши, катарал белгиларни аста-секин кучайиши, конъюнктивит бўлиши,

энантема ва Филатов–Коплик доғларини пайдо бўлиши, ўзгармаган тери орасида макуло – папулөзли тошмаларни этапли тошиши тошмали ва ЎРВИ касалликлар билан фарқлашда ёрдам беради.

Қизамиқни фарқлаш керак: ЎРВИ, қизилча, зардоб касаллиги, энтеровирусли инфекциялар, Стивенс -Джонсон синдроми ва ҳ.к.

Қизамиққа ташҳис қўйишда қийинчиликлар бўлса, беморга серологик текширишлар қўллаш мумкин, 5-7 кун интервал билан олинган бемор зардобда жуфт зардобларда қизамиқ антителолари титри 4 ва унда юқори баробар бўлса, махсус диагностик тест ижобий ҳисобланиб, ташҳис тасдиқланади.

1 ёшгача бўлган болаларда қизамиқ кузатилмайди, чунки онасидан трансплацентар йўл билан антителолар бори ҳисобига касалланмайдилар. Агар онаси қизамиқ билан касалланмаган бўлса, бола биринчи кундан касалланиши мумкин.

Хомила ривожланишинг эрта босқичларда қизамиқ вируси билан трансплацентар йўл орқали зарарланга бўлса, касаллик ўткир ости склерозланувчи панэнцефалит шаклда намоён бўлади.

Агар зарарланиш хомиладорликнинг охириги ҳафталарида юз берса, у холда бола қизамиқ белгилари билан туғилиши ёки биринчи кунда намоён бўлиши мумкин.

Туғма қизамиқ ташҳисини қўйиш жуда қийин, чунки касаллик клиник белгилари яширин ёки кучайтирилган шаклда бўлиши мумкин.

Ташҳис қўйиш эпиданамнезга асосланади. Янги туғилган чақалоқ иммунологик толерантлик ҳисобига вирус нейтралловчи антителалар ҳосил бўлмаслиги мумкин.

Скарлатина (Қизил кўйлак).

Скарлатина – бу ўткир инфекцион касаллик бўлиб, умумий интоксикация, ангина ва майда нуқтасимон тошма гиперемияланган тери фонига тошиши билан характерланади.

Кўзғатувчиси β-гемолитик стрептококк. Инфекция манбаи –стрептококкли инфекция билан касаланган бемор. Тарқалиш йўллари –ҳаво-томчи, маиший-мулоқот, 3-нчи шахс орқали, зарарланган тери (қуйган ва ҳакозо), алиментар йўл. Юқумли даври – антибиотик олганларда 5-10 кун, олмаганларда - 22 кун. Юқумлилик индекси - 40%, иммунитет – антитоксик, мустаҳкам.

Скарлатинанинг клиникаси инкубацион даври –2 – 7 кун. Касаллик ўткир, юқори ҳарорат, қайт қилиш, томоқда оғриқ билан бошланади. Бир неча соатдан сўнг баданда тошма тошади. Тошма майда нуқтали гиперемияланган тери

фонида, табиий бурмаларда кўпайиб тошиш хусусиятига эга. Тошма касалликнинг 3-5 кунида йўқолади ва унинг ўрнида қипиқланиш пайдо бўлади. Касаллик учун характерли бўлган Филатов симптоми – оғиз-бурун-лаб учбурчагида тошма йўқлиги.

Томоқда - чегараланган қизил фонда - ангина катарал шаклидан то некротик шаклигача кузатилиши мумкин. Регионар лимфа тугунлари катталаниши аниқланилади.

Характерли тил – касаллик бошланишида оқ қуюқ караш билан қопланган, касалликни 3-4 кундан бошлаб «малинасимон» тусда шундай холда 2 ҳафтагача сақланади.

Юрак – томир тизимида ўзгаришлар «инфекцион юрак сифатида» 2-4 ҳафтагача сақланади.

Умумий қон таҳлилида - лейкоцитоз, нейтрофиллёз, ЭЧТ кўтарилиши.

Скарлатинанинг клиник классификацияси:

1) Типик шакли оғирлик бўйича:

- Енгил
- Ўрта оғир
- оғир

2) Атипик шакли:

- Экстрабуккал шакли
- Билинар билинмас (скарлатина тошмасиз)
- Гипертоксик
- Геморрагик

Қизилча (Rubella) – ўткир инфекцион касаллик, қизамиқ сифат тошма, сезилмас катарал симптомлар ва лимфа тугунларнинг катталаниши билан характерланади.

Қўзғатувчиси вирус, инфекция манбаи – бемор одам, тарқалиш йўли – ҳаво-томчи йўл билан, 1 ёшдан 7 ёшгача бўлган болалар касалликка мойиллиги юқори бўлади. Бу касаллик, айниқса, ҳомиладор аёллар учун ҳавфлидир, уларнинг хомиласи туғма нуқсонлар билан туғилиши мумкин.

Юқумли даври – касаллик бошлангандан 2 ҳафтагача, иммунитет мустаҳкам. Инкубацион даври 15-24 кунгача. Касаллик бошланганда катарал симптомлар кам намоён бўлади, умумий аҳволи ўзгармайди.

Терига майда пушти рангли, папулёзли тошмалар тошади. Патогномоник симптом – орқа бўйин ва орқа энса лимфатугун катталаниши билан характерланади.

Мавзу бўйича тест саволлари

1. Скарлатинада тошма характери:

- А. нуқтасимон тошма, гиперемияланган тери фонида
- Б. тошма пуфакчалари кўп катакли бўлади
- В. розеола тошма
- Г. розеола –петехиал тошма

2. Скарлатинада тилдаги ўзгаришларни кўрсатинг:

- А. «сўрғичли» малинасимон тил
- Б. ўзгармаган
- В. оқ караш билан қопланган
- Г. «географик» тил

3. «Ёнаётган томоқ» қайси касалликка хос?

- А. скарлатина
- Б. қорин тифи
- В. иерсиноз
- Г. Қизамиқ

4. Скарлатина қўзғатувчисини кўрсатинг:

- А. Стрептококк
- Б. Стафилакокк.
- В. Диплококк.
- Г. Пневмококк

5. Сув чечак касаллигида гормонларни қўллаш учун кўрсатма:

- А. сув чечак энцефалити
- Б. ўта енгил формаси
- В. енгил формаси
- Г. ўртача оғирликдаги формаси

6. Сувчечакни атипик турлари:

- А. Рудиментар, гемморагик, гангреноз.
- Б. Буллёз
- В. Флегманоз.
- Г. Висцерал

7. Қизамиқ касаллигида патогномоник симптомни кўрсатинг:

- А. Филатов симптоми
- Б. Мирсу симптоми
- В. Филатов-Бельский-Коплик симптоми
- Г. Пастиа симптоми

8. Қизамиқ кўзғатувчисининг организмга кириш дарвозаси:

- А. ошқозон ичак шиллик қавати
- Б. зарарланган, бутунлиги бузилган тери орқали
- В. қон маҳсулотлари қуйганда
- Г. юқори нафас йўллари шиллик қаватлари орқали

9. Болаларда қизамиқ касаллигини таққослама ташхисини ўтказиш:

- А. менингококк юқумли касаллиги
- Б. тошмали касалликлар
- В. паротит
- Г. юқумли моноклеоз

10. Эмланган болаларда қизамиқнинг асосий белгилари:

- А. терида тошмалар кўп
- Б. кучли интоксикация
- В. узок муддатли яширин давр, кучсиз интоксикация
- Г. қисқа муддатли яширин давр, кучли интоксикация

11. Қизамиқ катарал даврининг клиник кўриниши:

- А. тана ҳароратини кўтарилиши, кучсиз интоксикация, йўтал
- Б. юқори ҳарорат, димоғини битиши, акса уриш
- В. температура, димоғ битиши, йўтал, конъюктивит, Филатов-Бельский-Коплик белгиси
- Г. ҳарорат, конъюктивит, йўтал

12. Қизамиқ тошмаларидан сўнг терида қуйидаги ўзгаришлар қолади:

- А. пигментация- терининг майда кепакланиши
- Б. Из қолдирмай йўқолади
- В. терининг пластинкасимон кўчиши
- Г. терида яра қолади

13. Беморни далада кана чакқан. Касаллик юқори ҳарорат билан бошланган. Танасида геморрагик тошма, бурни қонаган. Ташхис?

- А. Геморрагик иситма
- Б. Бруцеллёз
- В. Ку-иситма
- Г. Тошмали тиф

14. Қайси касалликда лаб-бурун учбурчагида тошма кузатилмайди?

- А. Скарлатина
- Б. Қизамиқ
- В. Қизил кўйлак (Краснуха)
- Г. Сув чечак
- Д. Бўғма

15. Скарлатинада тошма кўриниши:

- А. Қизарган терида майда қизил тошмалар
- Б. Тери ранги ўзгармаган майда тошма
- В. Қизарган терида йирик папулёз тошма
- Г. Тери ўзгармаган майда пуфакчали тошмалар
- Д. Тери ранги ўзгармаган эритематоз тошма

16. Скарлатинада тилдаги ўзгаришларни кўрсатинг?

- А. ўзгармаган
- Б. оқ караш билан қопланган
- В. «сўрғичли» малинасимон тил
- Г. «географик» тил
- Д. афтоз тил

17. Скарлатинанинг ўткир даврида теридаги ўзгаришлар:

- А. намлик, бичилиш
- Б. куруклик, букувчи буғимлар юзасида тошма
- В. намлик, тери ўзгаришсиз
- Г. Ўзгармаган тери фонидаги тошма
- Д. тери ўзгаришсиз

6 БОБ

МЕНИНГИТ ВА МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ СИНДРОМИ БИЛАН КЕЧАДИГАН КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ЭРТА ВА ҚИЁСИЙ ДИАГНОСТИКАСИ

6.1. МЕНИНГИТ ВА МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ БЕЛГИСИ ХАҚИДА УМУМИЙ МАЪЛУМОТ

Менингитлар ва менингоэнцефалитлар юқумли ҳамда юқумли бўлмаган касалликларда учрайди. Ушбу синдром кузатиладиган юқумли касалликлар оғир кечуви, ноадекват даволаганда нохуш оқибатлар кузатилиши билан ажралиб туради. Ушбу синдром кузатилган беморлар аҳволини ўз вақтида баҳолаш ва тўғри танланган тактика, УАШ босқичидаёқ, касаллик оқибатида муҳим аҳамиятга эга.

Менингеал синдром умуммия ва бевосита менингеал симптомлар йиғиндисидан иборат. Умуммия симптомларга кучли бош оғриши, енгиллик келтирмайдиган қайт қилиш, баъзан оғир ҳолларда психомотор кўзғалишлар, алаҳлаш, галлюцинациялар, талвасалар киради.

Менингеал симптомларга гиперестезия, тоник мушак тортишишлари (энса мушаклари ригидлиги, Керниг симптоми, Брудзинский симптомлари, «Лессаж» симптоми, кўкрак ёшидаги болаларда катта лиқилдоқнинг бўртиб чиқиши), реактив оғриқ феноменлари (кўз олмасига, ташқи эшитув йўлининг олдинга деворига босилганда оғриқ, ёноқ равоғлари ва каллани перкуссия қилинганда бош оғриғининг кучайиши), қорин, периостал, пай рефлексларининг пасайиши киради.

Менингизм – ликворнинг яллиғланишли ўзгаришларисиз менингеал симптоматиканинг клиник намоён бўлиши билан характерланади. Менингизмнинг клиник белгилари мия қобиғларида яллиғланиш ҳисобига эмас, балки уларнинг токсик қитиқланиши ва мия ичи босимининг ошиши сабабли келиб чиқади. Кўпинча менингизм грипп, бошқа ўРВИлар, кизамиқ, қорин тифида кузатилади.

Биз сизларга юқорида санаб ўтилган синдромлар билан кечувчи юқумли касалликлар билан таништириш ва уларга асосий клиник характеристика берамиз.

Менингококкли менингитга ўткир тана ҳароратининг 39-40°Сгача кўтарилиши, кучли қалтираш характерли. Катта ёшдаги болалар аниқ локализациясиз диффуз характердаги кучли бош оғришига шикоят қиладилар,

одатда пешона, чакка, энса соҳаларида кузатилади. Болалар бошларини ушлаб оладилар, безовта бўлиб қоладилар, қичқириб юборадилар, уйқулари бузилади. Бош оғриғи ҳаракатланганда, бошни ҳаракатга келтирганда, кучли ёруғлик ва товушли таъсирловчилар таъсирида кучаяди. Баъзи беморларда кўзғалувчанлик тормозланиш, атрофга бефарқлик билан алмашинади. Айниқса, нерв устунлари ва илдизчаларига босилганида кучайдиган, умуртқа бўйлаб оғриқлар кузатилиши мумкин. Гиперестезия йирингли менингитнинг етакчи симптомларидан биридир. Қайт қилиш ҳам менингитнинг муҳим симптомидир. У касалликнинг биринчи кунидан пайдо бўлиб, овқат истеъмол қилиш билан боғлиқ эмас. Кўпчилик беморларда қайт қилиш такрорий ва кўп марталаб кузатилади. Баъзи ҳолларда қусиш бошланаётган менингитнинг биринчи манифест белгиси ҳисобланади. Менингококкли менингитда эрта ёшдаги болаларда талвасалар муҳим симптомдир. Одатда улар клонико-тоник бўлиб, кўпинча касалликнинг биринчи кунидан намоён бўлади. Менингеал симптомлар 2-3- кундан аниқланади. Кўпинча энса мушаклари ригидлиги, Керниг симптоми, Брудзинскийнинг юқори симптоми аниқланади. Пай рефлекслари кўпинча кучайган, бироқ оғир интоксикацияларда бўлмаслиги ҳам мумкин, товон клонуси, Бабинский симптоми, мушак гипотонияси ҳам аниқланиши мумкин. Бош мия нервларининг (одатда III, VI, VII, VIII жуфт) тез ўтиб кетувчи зарарланиши кузатилиши мумкин. Ўчоқли симптоматиканинг пайдо бўлиши мия шиши ривожланганлигини кўрсатади. Менингококкли менингитда турғун қизил дермографизм, лабларда герпетик тошмалар аниқланади. Бемор юзи рангпар, склераларни енгил инъекцияси кузатилади. Пульс тезлашган, юрак тонлари бўғиқлашаган, артериал босим пасайишга мойил. Оғир ҳолларда нафас олиш тезлашган, юза. Перкуссияда қутича товуши аниқланади, аускультацияда — дағал нафас. Эрта ёшдаги болаларда кўпинча ич кетиши кузатилиб, бунда у касалликнинг биринчи кунидан пайдо бўлади ва биринчи ўринга ўтиши мумкин, бу эса ташхислашни қийинлаштиради. Тилнинг қуруқлашиши, баъзан чанқаш, жигар ва талокнинг катталашиши характерли.

Интоксикация натижасида пешобда ўзгаришлар аниқланиши мумкин: оз миқдорда альбуминурия, цилиндрурия, микрогематурия. Периферик қонда лейкоцитоз, нейтрофилли силжиш, анэозинофилия, ЭЧТнинг ошиши аниқланади.

Ташхислаш учун орқа мия суюқлигининг ўзгариши катта аҳамиятга эга. Касалликнинг биринчи кунда ликвор тиниқ бўлиши мумкин, бироқ нейтрофиллар миқдорининг кўплиги ҳисобига тезда хиралашади. Плеоцитоз 1 мкл да бир неча мингга етади. Бироқ, плеоцитоз паст, оқсил миқдори кўп,

шакар ва хлоридлар пасайган холлар ҳам учрайди. Менингококкли менингоэнцефалит – касалликнинг биринчи кунидан энцефалитик симптоматика: ҳаракат қўзғалувчанлиги, эс-хушнинг бузилиши, талвасалар, бош мия III, IV, V, VIII, баъзан бошқа нервларнинг зарарланиши кузатилади ва устунлаик қилади. Геми- ва монопарезлар бўлиши мумкин. Баъзан бульбар параличлар, мияча атаксияси, кўз ҳаракатидаги бузилишлар ва бошқа неврологик симптомлар кузатилиши мумкин. Касаллик айниқса оғир кечади ва нохуш яқунланади.

Менингококкли менингит ва менингококкцемя - аралаш шаклларнинг клиник симптоматикасида менингитнинг ва менингоэнцефалитнинг ҳам, менингококкцемянинг ҳам белгилари намоён бўлиши мумкин.

Клиник жиҳатдан миянинг ўткир бўкиши ва шишиши кескин бош оғриши, талвасалар, ҳушнинг йўқотилиши, психомотор қўзғалишлар, қайта қусиш билан намоён бўлади. Бош мияни энса тешигига тиқилиши натижасида узунчоқ миянинг эзилганда ўта хавфли симптомлар ривожланади: пульс кам, аритмия, артериал босим пасаяди, нафас шовқинли, юза, Чейн - Стокс типиди, кўпинча гипертермия, юзнинг гиперемияси, цианоз, кўп терлаш. Гипоксия, гипокапния, нафас алкалози характерли. Ўлим ўпка шиши ва нафас тўхташи сабабли содир бўлади.

Кичик ёшдаги болаларда касалликнинг кечуви церебрал гипотензия синдроми ривожланиши билан оғирлашиши мумкин. Бу синдромнинг юзага келиши бензилпенициллинни массив дозаларини парентерал киритиш, ҳамда интенсив дегидратацион даво ўтказилиши билан боғлиқ. Клиник манзараси кескин токсикоз ва сувсизланиш, юз маъноси ўткирлашган, кўзлари ботган, кўз атрофида қора доғлар, талвасалар, гипотония кузатилади, менингеал симптомлар сусаяди ёки умуман йўқолади, катта лиқилдоқ ботади. Пай рефлекслари йўқолади, орқа мия каналидаги босим паст, ликвор кам миқдорда томчилаб чиқади (церебрал коллапс).

Менингококкли менингитнинг кечуви яллиғланиш жараёнини мия қоринчалари эпендимасига тарқалганда сезиларли оғирлашади. Яллиғланишда эпендиматитга ҳос ўзгаришлар менингококкли менингитнинг ҳам эрта, ҳам кечки босқичларида пайдо бўлиши мумкин, айниқса даволашни кеч бошланганда.

Клиник жиҳатдан эпендиматит менингоэнцефалит симптомлари билан характерланади. Етакчи симптомлар уйқучанлик, ҳаракат безовталиги, прострация, кома ёки сопор, кучайиб борувчи мушак гипертонуси, ҳатто опистотонусгача, талвасалар, гиперестезия, қўл-оёқларни қалтираши, кучли

қушиш ҳисобланади. Бир ёшгача бўлган болаларда катта лиқилдоқнинг шишиши, калла чокларининг ажралиши аниқланади. Боланинг ҳолати характерли: тақим соҳасида оёқлар чалиштирилган ва олдинга чўзилган, кафтлар флексирилган, бармоқлар мушт қилинган.

Люмбал пункция ҳал қилувчи диагностик аҳамиятга эга. Баъзан ликвортиник бўлиши мумкин, лимфоцитлар устунлиги билан 50-100-200 хужайра атрофида плеоцитоз. Бундай менингококкли менингитнинг сероз шакллари одатда даволашни эрта бошланганда кузатилади. Бу ҳолларда антибиотиклар билан даволаш сероз яллиғланиш босқичидаёқ тўхтатувчи эффект беради. Менингококкли аниқлаш учун бактериологик текширув ва қон суртмаларини (йўғон томчи) текшириш катта аҳамиятга эга. Серологик диагностика стандарт диагностикалар йўқлиги сабабли кенг тарқалмаган. Серологик усуллардан РПГА ва иммуноэлектроосмофорез реакцияси (ВИЭФ) усуллари энг кўп сезгир. Бу реакциялар юқори сезгир ва маҳсус антителоларнинг ҳамда бемор қонидаги менингококк токсинининг минимал миқдорини аниқлай олади.

Менингококкли инфекцияни менингеал ва энцефалитик ўзгаришлар кузатиладиган МНС зарарланиши билан кечадиган токсик грипп ва бошқа ЎРВИлар билан таққосланади. Бу касалликларни таққослашда орқа мия суюқлигини текшириш ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Асоратланмаган грипп ва бошқа ЎРВИларда ликвор меъёрида. Менингококк менингитини бошқа менингеал симптоматика билан кечувчи юқумли касалликлар (дизентерияни оғир шакли, сальмонеллез, қорин тифи ва б.), билан таққослаш лозим.

Кўпинча менингитни характерини – сероз ёки йиринглилигини аниқлаш қийинчилик туғдиради.

Мия қобиғларини сероз яллиғланиши энтеровируслар, туберкулёз микобактериялар, лептоспиралар, полиовируслар, эпидемик паротит вирусини томонидан чақирилиши мумкин. Менингитни сабабини ликвор текшируви кўрсатади. Ҳамма сероз менингитларда, этиологиясидан катъий назар, ликвортиник, лимфоцитлар миқдори кўпайгани ҳисобига плеоцитоз, оқсил миқдори бир оз кўпайган. Сероз менингитни инкор этган ҳолда ва менингитни йиринглилиги аниқланганда, текширувни иккинчи босқичида уни этиологиясини аниқлаш лозим. Менингококклардан ташқари, мия қобиғларини йирингли яллиғланиши бошқа бактериал флора тарафидан чақирилиши ҳам мумкин: пневмококклар, стафилококклар ва стрептококклар, Афанасьев — Пфейффер таёқчаси, клебсиеллалар ва б.

Менингококк инфекциясини ўтказгандан сўнг церебрал астения, астеновегетатив кўринишлар, epileptiform синдромлар каби кўринишлар

узоқ вақт кузатилиб туриши мумкин. Кеч бошланган даво оқибатида ақлий ривожланиш тўхташи, карлик, кўрув нервини қисман атрофияси ва гидроцефалия кузатилади.

Бир ёшгача бўлган болаларда менингококкли менингитни спазмофилиядан, МНС органик шикастланишлари билан таққослаш лозим. Лейкин бундай холларда тана ҳарорати нормал сақланади, катта ликилдоқни таранглиги ва шиши аниқланмайди, Лессаж симптоми аниқланмайди. Ликвор ўзгармайди. Катта ёшдагиларга нисбатан, кўкрак ёшида бўлган болаларда кўпроқ холларда жараёнга мия моддаси, эпендима қўшилади ва у мия суюқлигини хайдаш йўллари эпилепсияга олиб келиб, гидроцефалияни ривожлантиради. Даволаш ўз вақтида бошланган холларда эпендиматит ва гидроцефалия кам учрайди.

6.2. МЕНИНГОКОККЛИ ИНФЕКЦИЯ КЛИНИКАСИ

Менингококкцемия (менингококкли сепсис). Менингококк бактеремиyasi баъзан менингиал симптомларсиз ўтади, бошқа холларда эса менингит ҳам менингококкцемия билан биргаликда учраши мумкин. Бу шаклнинг клиникаси турлича бўлиши мумкин. Баъзан менингококкцемия энгил ўтади, бунда беморнинг ҳарорати 2-4 кун кўтарилиб туради, озгина интоксикация бўлади. Беморнинг аҳволи оғирлашмайди. Менингококкцемиянинг бундай турини аниқ белгилаш қийин. Менингококкцемия аксарият холларда бирдан бошланади, 6-8 соат давомида ҳарорат 38-40⁰С гача кўтарилади. Интоксикация билан бир вақтда менингизм белгилари пайдо бўлади: бош қаттиқ оғрийди, бемор талвасага ҳам тушади, кўпинча қайт қилади ва беҳуш бўлиб ётади. Шуниси борки, мия пардаларининг яллиғланишига хос ушбу симптомлар бўлгани холда, орқа мия суюқлигида яллиғланишга хос ўзгаришлар топилмайди. Касаллик бошланганидан кейин 8-12 соат ўтгач, бемор баданида геморрагия аломатлари кўринади, майда тошмалар билан бир қаторда 0,5-1см катталиктидаги қонталашлар пайдо бўлади. Бадандаги тошманинг юлдузчаларга ўхшаш бўлиши жуда характерлидир. Бу тошмалар кўпинча думба, сон, болдир, кўз қовоғи, кўз склераси ва баъзан юзда пайдо бўлади (33-расм).

Иситма 1-2 кун юқори бўлиб туради (39-40⁰С), сўнгра у турлича кўринишда давом этади, кейинроқ субфебрил даражага тушади. Кучли интоксикация пайтида тахикардия, гипотония, хансираш аниқланади. Бемор

тили караш билан қопланади, у кўп чанқайди, чақалоқ болаларда диспепсия белгилари (қушиш, ич кетиш) кузатилади.

Менингококкцемияда баъзан буғимларнинг синовиал пардаси зарарланиб полиартрит симптомлари пайдо бўлади, кўзнинг томирли пардаси яллиғланади. Бунда кўз парданинг ранги ўзгариб тўқ қизил тусга киради. Эндокардит, пневмония камроқ учрайди. Қон текширилганда юқори лейкоцитоз (20000-40000), нейтрофилёз борлиги, лейкоцитар формуланинг чапга сурилгани аниқланади, анэозинофилия ҳам бўлади. Менингококкцемияни ўз вақтида тўғри даво қилинса, касаллик кўпинча беморнинг соғайиши билан якунланади.



33 расм. Менингококкцемиядаги тошмалар

Яшин тезлигида кечадиган менингококкцемия жуда кучли интоксикация билан таърифланади. Касаллик бошланиши билан бемор хушини йўқотади ва ҳар хил тартибсиз ҳаракатлар қилаверади, уни кетма-кет тутқанок тутиб туради. Беморнинг юзи қизарган ва бўртган бўлади. Шиллиқ пардалар ва тери қизариб, кўкариб туради. Касаллик бошланишида тахикардия ўрнига брадикардия аниқланади, қон босими кўтарилади. Нафас аритмияси ва бош мия шишига хос белгилар пайдо бўлиши ҳавфли аломат ҳисобланади. Мана шундай холда ётган беморни бирданига нафаси тўхтаб, ўлиб қолиши мумкин. Бош мия шишганда узунчоқ мия катта энса тешигига кириб қолиб эзилиши мумкин.

Баъзан ўткир менингококк сепсисда буйрак усти безларига қон қуйилади ва Уотерхауз-Фридериксен синдроми кўринади. Бу синдром жуда кучли интоксикация, қайталаниб турадиган коллапс белгилари ва бош мия зарарланишига хос бўлган бошқа симптомлар билан таърифланади. Бу ўзгаришлар тўсатдан бошланади. Бемор эти увишиб, қалтирайди. Ҳарорат жуда

юқори кўтарилиб, бемор хушидан кетади, қусади. Касаллик бошланишиданоқ бадан терисига қон қуйилади, петехия тошмаси кўринади. Пульс жуда тез ва суст уради, кейинчалик мутлақо қўлга илинмайди. Қон босими борган сайин пасайиб боради. Бемор хансираб нафас олади. Менингеал синдром аниқланади. Қонда юқори лейкоцитоз ва нейтрофиллар формуласининг чапга сурилиб қолгани кўзга ташланади. 15-30 соат ичида бемор кома ҳолатига тушиб, ўлиб қолиши мумкин. Беморнинг бунчалик эрта ўлишининг сабаби буйрак усти безларига қон қуйилишидир.



34 расм. Геморрагик тошмалар ва ўзига хос менингиал ҳолат

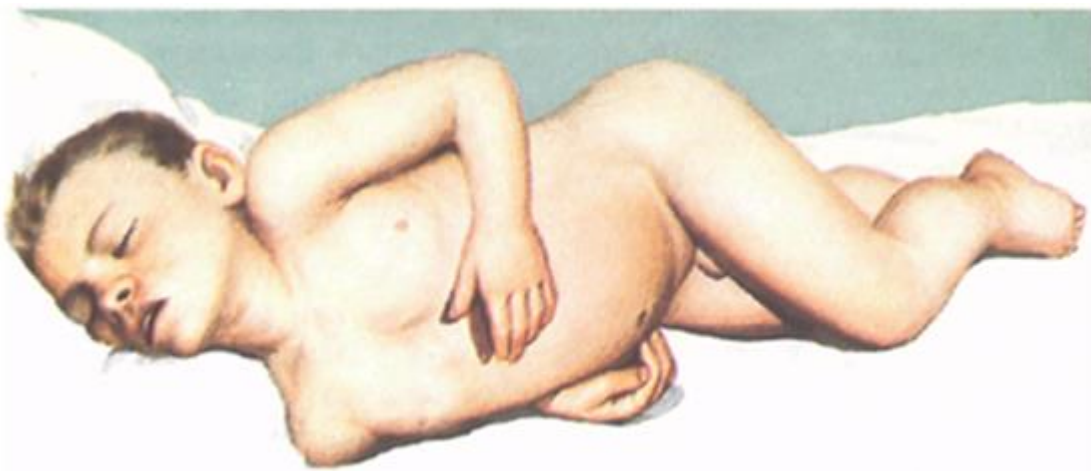
Сурункали менингококкцемия. Менингококк инфекциясининг бу хили кам учрайди. Бир неча ҳафтадан бир неча йилгача давом этади. Ҳарорат доимий иситма ёки интермиттенс кўринишида бўлади. Апирексия даврида беморнинг аҳволи анча яхшиланади, баданидаги тошмалар анча камаяди. Сурункали менингококкцемияда баъзан артрит, полиартритлар бошланади. Қонда нейтрофиллёз, лейкоцитоз, ЭЧТ тезлашгани кўринади. Сурункали менингоэнцефалитда гломерулонефрит, эндокардитлар бошланиши мумкин.

Менингококкцемиянинг менингит билан ўтадиган хили 25-50% ҳолларда учрайди. Бунда менингококкцемиянинг симптомларидан ташқари бош мия пардасининг зарарланганига хос белгилар аниқланади.

Менингит. Инкубацион даври 4-6 кун давом этади. Касаллик тўсатдан бошланиб, бемор эти увишиб қалтирайди. Ҳарорати 39-40⁰С гача кўтарилади. Боши қаттиқ оғрийди, кетма-кет қайт қилади. Интоксикация тез кучайиб бориб, бемор хадеб безовталанаверади. Баъзи беморларда, айникса, болаларда тутқаноқ тутади. Иситма турли шаклда бўлиб, 2-3 кундан, то 7-14 кунгача, гоҳида 20-25 кунгача чўзилади. Иштаҳа бўғилади, биринчи кунларидек баданда геморрагик тошма пайдо бўлади.



35 расм. Брудзинский симптоми ва энса мушаклари қотиши



36 расм. Менингитда бемор холати (ўқланган милтиқ холати)

Баъзан бадан терисиди (касалликнинг оғир формасида) майда тошмалардан ташқари, 0,5-1 см катталиктидаги қонталашлар кўзга ташланади. Бундай геморрагия белгилари склера, конъюктива, танглай, бурун шиллик пардасида ҳам учрайди. Баъзан меъда, бачадон, буйракдан қон кетади. Бемор безовталаниб, алахлайди, уни уйқуга тортаверади, лекин ухлай олмайди. Беморнинг юзи, кўзи қизарган ва бўртиган бўлади, у қуёш ёки электр нурига қарай олмайди. Касалликнинг 2-3 кунини учуқ тошади, жигар ва талоқ озгина катталашади. Менингеал симптомлар пайдо бўлади: энса мушаклари тортишиб, қисқариб туради. Кернинг ва Брудзинский симптомлари яққол аниқланади (расм 34 ва 35). Болалар бошини орқасига ташлаган холда ётади, катта ёшдаги беморлар эса боши орқага ташланган, оёқлари қорнига тортилган холда бўлади. Кернинг симптоми ва энса мушакларининг тортишиб, қисқариб туриши баъзан 4 ёшгача бўлган соғлом болаларда ҳам учрайди. Чақалоқларда менингитнинг энг характерли симптоми ликилдоқнинг таранг тортиб, бўртиб туришидир. Талваса

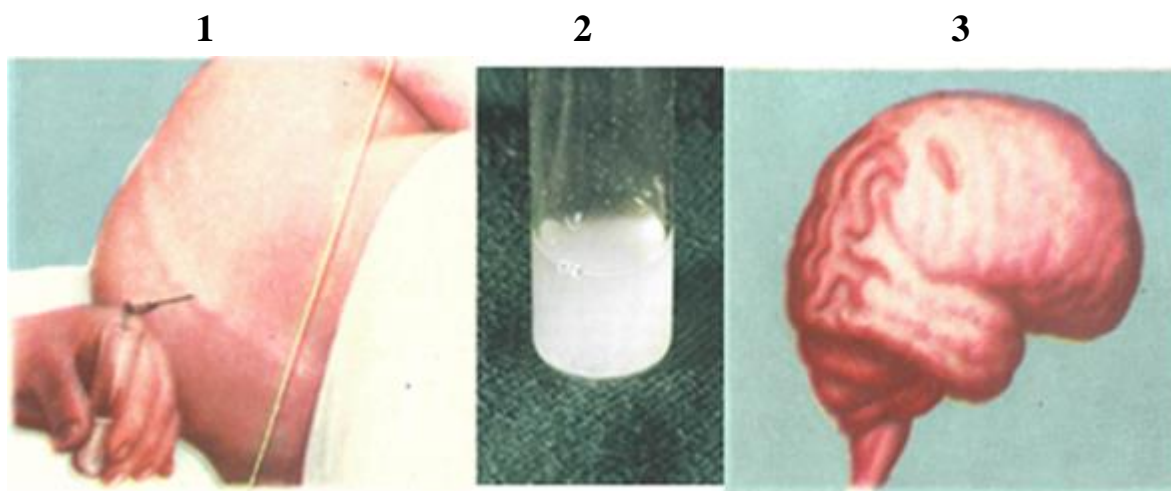
катталардагига қараганда, болаларда кўпроқ бўлади. Агар бемор болани қўлтиқ остидан кўтариб олса, унинг оёқлари қорнига тортилган ҳолатда бўлади. Бош мия нервларининг зарарланишига оид симптомлар пайдо бўлади: анизокория, конвергенция ва аккомодациянинг бузилиши, кўзнинг ғилай тортиши. Булардан ташқари, оёқ-қўлларнинг фалажи, ярим фалаж аломатлари учрайди, Россолимо, Бабинский симптомлари аниқланади.

Эпендиматит синдроми билан кечадиган менингит.

Менингит диагнози кеч аниқланган ва унга нотўғри даво қилинган ҳолларда эпендиматит симптомлари пайдо бўлади.

Серозли менингит.

Менингит баъзан серозли менингит кўринишида ўтади. Бунда менингиал синдром яққол кўринмайди. Орқа мия суюқлиги тиниқ бўлади. Плеоцитоз аниқланади (1 мл да 200-800 хужайра). Плеоцитоз асосан лимфоцитлар ҳисобига бўлади.



36 расм. 1. Орқа мия пункцияси вақтида бемор ҳолати.

2. Орқа мия суюқлиги.

3. Менингококкли менингитда “йирингли қалпоқ”.

Менингоэнцефалит.

Менингеал синдром суст ифодаланган бўлади. Асосан энцефалит симптомлари аниқланади, касаллик бирданга бошланади, бемор психикаси бузилиб, уни талваса тутади, оёқ-қўллари фалаж ёки ярим фалаж бўлиб қолади. Менингококкли энцефалит кўпинча ўлим билан тугайди.

Диагностикаси ва дифференциал диагностикаси.

Менингококкли менингит тўсатдан бошланади, беморни ҳарорати кўтарилиб, бош қаттиқ оғриб, қусади ва Керниг, Бруздинский, энса мускуллар таранглилигини ортиши симптомлари пайдо бўлади.

Периферик қонда ўзгаришлар кузатилади: юқори лейкоцитоз (10 000-30000 минг), нейтрофиллёз, чапга силжиш. Менингит диагнозини аниқлашда орқа мия суяқлигини текшириш жуда муҳим аҳамиятга эга. Менингококкли менингитида ликвор лойқа ва йирингли босими юқори бўлади (нормада 130-180 мм.сув устини) плеоцитоз кўпаяди (1000-10000 хужайра топилади), нейтрофиллёз 60-100% аниқланади. Оқсил миқдори 1-3,3% ни ташкил қилади. Панди ва Нонне - Аппельт реакциялари мусбат бўлиб чиқади. Қанд ва хлоридлар бироз пасаяди (нормада 1,6-2,7 мк/моль). Орқа мия суяқлиги олингандан сўнг беморнинг аҳволи бироз яхшиланади (36 расм).

Бундан ташқари, беморнинг бурнидан, кўзидан, бўғимидан чиққан суяқликни, қонни экиш мумкин, серологик усуллардан РПГА, ИФА ларни қўллаш мумкин.

6.3. МЕНИГОКОККЛИ БЎЛМАГАН МЕНИНГИТЛАР КЛИНИКАСИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ

Пневмококкли менингит тўсатдан бошланмай, бир қадар секинроқ бошланади, лекин интоксикация кундан кунга кучайиб боради. Касалликнинг биринчи ўчоғи - пневмония, йирингли отит, трахеобронхит борлиги аниқланади. Тўла бўлмаган менингеал синдром билан бирга энцефалит белгилари кўринади. Бу хил менингит узок давом этади ва касаллик вақти-вақти билан зўриқиб туради. Ана шундай вақтда орқа мия суяқлиги йирингли бўлиб, плеоцитоз кўпаяди (600-1300 гача етади). Оқсил миқдори ҳам кўпаяди 6,5-9,7%.

Стафилококкли менингит тўсатдан бошланади, ҳарорат 39-40°C гача кўтарилиб, сепсисга оид симптомлар пайдо бўлади. Ички органларда ўзгаришлар кўпроқ аниқланади. Жигар ва талоқ катталашади, қон босими пасаяди. Бу менингитнинг энг муҳим хусусияти - абсцесслар пайдо бўлишидир. Шу сабабдан, ликворда ва қонда стафилококклар топилади. Ликвордаги ўзгаришлар: плеоцитоз кўпаяди (1 мм да 1.500-2.000 хужайра топилади). Чўктириш реакциялари мусбат натижа беради. Периферик қонда нейтрофиллар кўпайиб кетади (60-100% гача). Лейкоцитоз 15.000-30.000 атрофида бўлади.

Сил менингити. Бу касаллик аста-секин ривожланиб боради. Ҳарорат субфебрил даражага кўтарилади, сал бош оғрийди. Бемор дармонсизлик сезади. Орадан тахминан 1 ҳафта ўтгач, менингеал синдром пайдо бўлади. Касалликнинг 8-10 кунлари бош мия нервларининг зарарланишига оид белгилар кўзга ташланади (кўз ғилай тортиб туради, анизокория, птоз ва кўриш

ҳамда эшитиш ёмонлашади). Аввал беморни уйқу тортаверган бўлса, энди (ўртача 1 ҳафта ўтгач) у безовталаниб, ножуя ҳаракатлар қила бошлайди. Эс-хуши ҳам йўқолиб, оёқ-қўллар фалаж ва ярим фалаж бўлиб қолади. Касалликнинг 3-ҳафтасида беморни талваса тутлади. Кейин бемор кома ҳолатига тушиб, кўп ўтмай ўлиши мумкин. Синчиклаб сўраб суриштирилса, беморнинг қачонлардир сил билан оғриганлиги ёки сил бор беморга яқин юрганлиги аниқланади. Орқа мия суюқлиги тиниқ бўлади, плеоцитоз кўринади (1мл да 200-700 хужайра). Унда оксил кўпаяди (1,0-3,3%). Панди ва Нонне - Аппельт реакциялари мусбат бўлиб чиқади. 12-24 соат ўтгач ликворда фибриндан ташкил топган юпқа пардача ҳосил бўлади. Ана шу пардачадан сил таёкчаларини ажратиш олиш мумкин. Қонда лимфоцитоз бўлади.

Асоратлари:

Даво кеч бошланганда турли асоратлар ва қолдиқ аломатлар аниқланади. Менингитдан соғайган кишиларда астения синдроми (тажанглик, тез чарчаш, бош оғриғи) учрайди. Ёш болалар менингитдан сўнг йиғлоқи бўлиб қолади. Даволаш пайтида антибиотиклар дозаси кам бўлса, менингит қайталаниб зўриқиши мумкин. Энцефалит билан ўтадиган менингитда камдан-кам ҳолда оёқ-қўллар фалаж ёки ярим фалаж бўлиб қолиши кузатилади.

Реконвалесцентларнинг 3% да қулоқ оғир тортиб, кўзи хиралашади. Гидроцефалия кам учрайди.

УАШ тактикаси:

Менингококк инфекцияли беморлар ва унга гумон қилинган беморларни юқумли касалликлар касалхонасига бокс бўлимига ётқизиш лозим. Даволаш касалликни оғирлик даражасидан келиб чиққан ҳолда бошланади.

Менингококкли менингитда – пенициллинни натрийли тузи катта дозаларда (200-500 минг ЕД ҳар бир кг оғирликка/суткасига) ҳар 3 - 4 соатда м/о га, полусинтетик пенициллинлар.

Пенициллинни кўтара олмаслик ҳолларида левомецетин сукцинат 50-100 мг/кг оғирликка суткасига в/и га ёки м/о га, Роцефин 0.5-1.0 – 1 ёки 2 марта суткасига в/и га тайинланади.

Дезинтоксикацион даво - 5-10% глюкоза, реополиглюкин ва бошқалар в/и га юборилади.

Дегидратацион даво - лазикс, фуросемид, диакарб, 15-20% ли маннитол эритмаси 1-3 г/кг қуруқ модда суткасига ҳисобидан вена ичига тайинланади.

Энцефалит белгилари намоён бўлганда – ГКС – преднизолон 1-3 мг/кг, дексаметазон 1-3 кун давомида вена ичига ёки мушак ичига қилиш лозим. Шулар билан бирга симптоматик даво ҳам ўтказилиши лозим.

Мавзу буйича тест саволлари:

1. Менингококкли менингитни бошлангич даврига хос симптомлар:

- А. Истима, бош оғриши, қусиш.
- Б. Қалтираш, қусиш, қориндаги оғриқ
- В. Бош оғриши, истима, холсизлик
- Г. Истима, тошма тошиши, қусиш.

2. Менингококкцемияни характерли симптомлари:

- А. юлдузсимон геморрагик тошма
- Б. брадикардия
- В. тошма тошганда ҳарорат тушиши
- Г. диарея

3. Менингококкли менингитда ликворда бўладиган ўзгаришлар:

- А. ликвор лойқа, босим билан чиқади
- Б. ликвор тиниқ, секин томчилаб тушади
- В. ликвор қизғиш рангда, босим билан чиқади
- Г. ликворда ўзгариш бўлмайди
- Д. ликвор қон билан

4. Менингококкли назофарингитда асосий шикоятлар:

- А. ҳарорат кўтарилиши, томоқда қизариш, оғриқ бўлиши
- Б. Қоринда тез-тез ҳуружли оғриқ, ич кетиши
- В. Бўғинларда шиш ва тошмалар
- Г. Тана ҳароратини тушиб кетиши, ҳолсизлик

5. Менингококкцемияда буйрак етишмовчилигидан дарак берувчи, эрта пайдо бўладиган белги:

- А. АҚБнинг тез тушиши, коллапс
- Б. полиурия
- В. иситманинг тез кўтарилиши
- Г. диарея

6. Менингококкли менингитда антибиотик беришни тўхтатишнинг объектив критерияси:

- А. ликворнинг тозаланиши
- Б. эс-ҳушининг ойдинлашуви

- В. менингиал белгилар йўқолиши
- Г. бош оғриғининг йўқолиши
- Д. тахлиллар хулосаси

7. Менингококколи менингитда характерли клиник белгиларини кўрсатинг:

- А. Брудзинский, Кернига
- Б. Падалка, Филиппович.
- В. Филатов, Бельский
- Г. Говоров-Годелье, Авцин

8. Менингококкли менингит дифференциал диагностикасига хос:

- А. Бош оғриғи, қусиш, истима
- Б. Истима, қалтираш, терлаш
- В. Бош айланиши, истима, қорин оғриши
- Г. Истима, кўнгил айниб қусиш.

9. Менингококкли менингит диагностикасида характерли белгилар:

- А. Ликвор лойқа, босим билан чиқади
- Б. Ликвор тиниқ, босим билан чиқади
- В. Ксантахром, босим билан чиқади
- Г. Босим паст, ранги кизғиш.

10. Туберкулёзли менингит киёслаганда:

- А. Касаллик аста секин бошланади, истима субфебрил, бош оғириши кучли.
- Б. Ўткир бошланади, яшинсимон кечади, терида тошмалар тошиши
- В. Истима юқори, холати оғир бўлмайди, қорин оғриши безовта қилади
- Г. Қусиш билан бошланади, менингеал белгилар суст ривожланган бўлади.

11. Стафилакоккли менингитда дифференциал диагностика ўтказилганда:

- А. Ўткир бошланади, кўп холларда иккиламчи бўлади, тузалиш тез бўлади
- Б. Субфебрил истима билан бошланади, терида геморрагик тошмалар, менингеал белгилар суст ривожланган
- В. Аста-секин бошланади, тутқаноқ тутиш, коллапс холатлари кузатилади
- Г. Яшинсимон бошланади, қусиш, ич ўтиш характерли

12. Менингоэнцефалитда кузатиладиган симптомлар:

- А. Бабинский, Гордон

- Б. Падалка, Филиппович
- В. Розенберг, Авцин
- Г. Бельский, Филатов

13. Туберкулёзли менингитда ликворни кўриниши:

- А. Ксантахром, цитоз 300-4000, лимфоцитозли
- Б. Лойка, цитоз 30-40, нейтрофиллёлзи
- В. Рангсиз, цитоз 2-3 та лимфоцитозли
- Г. Қизғиш, цитоз, эритроцитлар, лейкоцитлар катта микдорда

14. Стафилококкли менингитда орқа мия суюқлигини характери

- А. Лойқа, босим билан, цитоз юқори
- Б. Ксантахром, цитоз 50-60 та, лимфоцитозли
- В. Рангсиз, цитоз 10-15 та, лимфоцитоз
- Г. Ранги ўзгармаган, босим билан, цитоз 2-5 та

15. Антибиотик терапияни қайси менингитда самараси яхши:

- А. Менингококкли менингит
- Б. Туберкулёлзи менингит
- В. Стафилококкли менингит
- Г. Иерсиниозли менингит

Вазиятли масалалар:

1-масала

Бемор 25 ёш. Клиникага касалликнинг 3-чи кунида бош оғришига, уйқусизлик, юқори ҳарорат, кўп марта қайт қилишга шикоят қилиб келди. Касаллик бошланганига 3 кун бўлган, касаллик тумов белгилари билан бошланган. Касалликнинг 2-чи куни, 17 соатидан сўнг кескин бош оғриш, жунжикиш, тана ҳароратини $39,9^{\circ}\text{C}$ га кўтарилган. Бир неча соатдан сўнг қайта қайт қилган. Кейинги куни ҳар 20-30 минутда қайт қилган. Бош оғриги кузатилган. Касалхонага келган вақтда аҳволи оғир, тана ҳарорати $37,8^{\circ}\text{C}$. Эс-хуши жойида, саволларга қийланиб жавоб берапти, тутилиб қоляпти. Юзи оқарган, кўкрак, қорин, кўл-оёқларда цианотик тусдаги кўплаб полиморф тошмалар тошган. Тошмалар марказида некроз сохалари бор. Пульс минутига 52 та, ритмик. А/Б 90/60 мм. см.уст. Юрак тонлари бўғик, ўпкада везикуляр нафас, қорни юмшоқ оғриқсиз. Энса мушакларининг ригидлиги йук. Кернинг ва Брудзенский симтомлари манфий.

1. Клиник ташхисни асосланг.

Жавоблар эталони:

1. Назофарингитни ўткир бошланиши, сўнгра тана ҳароратини кўтарилиши, кескин бош оғриши, кўп марта қайт қилиш, некроз соҳага эга бўлган геморрагик тошмалар бўлиши, менингеал белгилар манфийлиги каби белгиларига асосланиб менингококкли инфекция, менингококкцемия оғир кечиши. Асорати инфекцион-токсик шок деб ташхис қўйиш мумкин.

2-масала

Бемор 43 ёш, стационарга касалликнинг 7 куни келди. Касаллик аста секин бошланди, умумий холсизлик, иштаҳани пасайиши кузатилди. Касалликнинг 3-куни меъерий бош оғриши, уйқу бузилиши ҳолатлари кузатилди. Касалликнинг 5-куни ҳарорати ўлчанганда $37,6^{\circ}\text{C}$. Кечкурунлари кучаювчи терлаш, жунжикиш бўлмаслиги, касалликнинг 7-куни ҳарорат $38,0^{\circ}\text{C}$ га кўтарилиб, бош оғриши кучайган, 1 марта қайт қилган, ич келмаган. Касалхонага келганда аҳволи ўрта оғир, тана ҳарорати $38,2^{\circ}\text{C}$, эзилган, ҳаракати адинамик, териси оқарган, нам, тошмалар йўқ. Дермографизм турғун, кенг, қизил. Периферик лимфа тугунлари майда оғриқсиз. Акроцианоз, нафас олиш 1 минутда 28 та. Ўпкада перкутор товуш сустлашган, дағал нафас – ўпка бўйлаб тарқалган, хириллашлар эшитилмоқда. Юрак тонлари бўғик, А/Б 100/60 мм.см.уст. пульс 1 минутда 82 та. Тили қуруқ, оқ караш билан қопланган, қорни юмшоқ, оғриқсиз, жигар ва талоқ пайпасланмаяпти. Менингеал белгилар суст намоён бўлган. Анизокария – ўнг қорачиқ чапдан кичик. Орқа мия пункциясида ликвор босим билан отилиб чиқди. Тиниқ, рангсиз, 24 соатдан сўнг ликворда плёнка ҳосил бўлди. Цитоз 250 мм³, лимфоцитлар – 68%, Панди реакция +++++. Қанд – 1520 ммоль/л, оқсил 96 ммоль/л, хлоридлар 1 ммоль/л.

1. Ташхисингизни шакллантиринг.

2. Қайси белгилари менингококкли менингитни туберкулёзли менингитдан фарқлайди.

3 - масала.

Бемор Ш. 17 ёшда, касалхонага касаллик бошлангандан сўнг 22 соат ўтгач, қаттиқ бош оғриғи, совқотиш, иситма $39,6^{\circ}\text{C}$, уч марта қусиш каби шикоятлар билан қабул қилинди. Касаллик ўткир бошланган, совқотишдан сўнг

ҳарорати 39°C гача кўтарилиб, бош оғриган, 3 соат ўтгач аҳволи оғирлашган, ҳарорати 40°C гача кўтарилиб, кўнгил айниш, бош айланиши кайд этилган. Кун бўйи уйда бўлиб, кечга яқин хушидан кетган. Касалхонага келган вақтда беморнинг аҳволи оғир, ҳарорати 38,7°C, мажбурий ҳолатда - ёни билан гужанак бўлиб ётибди, юзи қизарган. Ўпкасида - нафас олиши везикуляр, юрак товуши сусайган, пульс - 98 та бир дақиқада, кучсиз, ярим тўлиқ. Қон босими 100/70 с.у. Қорин юмшоқ, оғриқсиз. Менингеал белгилари аниқ сезилади. Энса мускуллари таранглиги, Керниг симптоми, юқориги Брудзинский симптоми мусбат.

Ётоқхонада талабалар орасида бир неча ҳафта давомида резанда бўлганлар аниқланган.

1. Тахминий ташхисингиз?
2. Юқоридаги симптомлар асосида миянинг қайси бўлими зарарланганлиги ҳақида ўйлаш мумкин?
3. Беморни текшириш режасини тузинг.
4. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай қўшимча лаборатория маълумотларини олишни мўлжаллаясиз?

4— масала

Бемор Б., 22 ёшда, талаба, илгари ҳеч касалланмаган. Касаллик энгил назофариагит сифатида бошланган. Бир кеча-кундуздан сўнг аҳволи бирдан оғирлашган, титраш билан бош оғриғи кучайиб, бўғинларида оғриқ пайдо бўлган. Шифохонага бод касаллиги ташхиси билан қабул қилинган. Кўрик вақтида беморнинг ранги оқарган, тошмалар йўқлиги, кучсиз гиперемия, қўлнинг тирсак бўғинида, кўпроқ чап томонда кучли оғриқ бўлиб, бўғим ҳаракати бузилган. Тахикардия, юрак оханги аниқ. Қон босими 110/60 мм с.у. Қонда Нв- 85 фоиз, лейц. - 13000, э - 1 фоиз, т/я - 16 фоиз, с/я - 73 фоиз, базофиллар 1 фоиз, лимфоцитлар - 8 фоиз, моноцитлар 1 фоиз, ЭЧТ - 30 мм/с, бод касаллигига қарши даволаш - пенициллин 200000 ТБ ҳар 6 соатда, аспирин, преднизалон. Бир кундан сўнг бўғинларда оғриқ камайган, лекин қушиш ҳамда менингеал белгилар кўшилган. Люмбал пункция қилинганда орқа мия суюқлиги тиниқ, цитоз 1 мм³ да 200, нейтрофил характерда. Бир кундан сўнг ступор ҳамда менингеал белгилар кучайган. Орқа мия суюқлиги қайта текширилганда йирингли бўлиб, нейтрофиллар кўпайган. Суртмада менингококклар топилган.

1. Ташхисни асосланг.
2. Таққослаш ташхисотини ўтказинг.

5 – масала

Бемор А., 23 ёшда, юкумли касалликлар клиникасига касалликнинг 6-куни қабул қилинган.

Шикоятлари: қаттиқ бош оғриши, кўнгил айниши, мушакларда оғриқ. Касаллик 11/Х да бошланган бўлиб, оғриқ бўйин атрофида бошланиб, бошини ён томонга бурганда кучайган. Умумий холсизликни сезган. Эртасига соат 21.00 да аҳволи оғирлашиб, эти жунжикиб, титраб, тана ҳарорати 40,9°С гача кўтарилган, бош оғриғи кучайиб, 2 марта қусган.

Бемор клиникага келган вақтда аҳволи оғир бўлиб, ҳарорати 37,8°С, хушини йўқотган, бемор ўринда ён томонлама гужанак бўлиб етибди. Юзида, танаси, оёқ-қўлларида геморрагик тошмалар жуда кўп бўлиб, катталиги 0,1-0,3 см дан 0,5-0,7 см гача, нотўғри шаклда. Тошма марказида тери некрози кузатилади. Нафас олиши - везикуляр. Пульс – 88 та бир дақиқада, ритмик, ўртача тўлиқликда, оханги сусайган. К/Б 220/55 мм с.у. Ўнг томондаги лаб тиришмалари силлиқланган. Диплопия. Энга мускуллари таранглиги, Керниг, Брудзинский симптомлари мусбат. Кабзият, сийдик ажралиш бемалол. Сийдикда 0,16 фоиз оксил, қанд йўқ, кўрув майдонида лейкоцитлар - 1-4, эритроцитлар - 7-8. Қон анализи эритроцитлар - 4000000, лейкоцитлар - 23000, эозинофиллар - 0 фоиз, ёш хужайралар - 4, тромбоцитлар - 30, с/я - 58, лимфоцитлар - 4, моноцитлар - 4 фоиз, ЭҚТ -36 мм/соат.

12-кунга келиб ўнг тизза, тизза-товон бўғимида кучли оғриқ бошланиб, бўғинларда ҳаракатланиш сусайган.

1. Клиник ташхисни асосланг.
2. Қандай қўшимча лаборатория текширувлари ўтказиш лозим?

6 – масала

Бемор Б., 29 ёшда, клиникага 20/IV кунга ётқизилган. Шикоятлари: бош оғриғи, кўп маротаба қусиш, уйқусизлик, тана ҳароратининг кўтаралиши. Касаллик 17/IV да тумов белгилари билан бошланган, ҳарорати кўтарилмаган. 18/IV да, соат 17.00 ларда бемор кучли бош оғриғи, титрашни хис этган, тана ҳарорати 39,3°С га кўтарилган, бир неча соатдан сўнг қайта қусган. Кейинги кунларда қусиш ҳар 20-30 дақиқада қайтарилиб, бош оғриғи кучайган. Клиникага ётқизилган вақтда бемор аҳволи оғир, ҳарорати 38,7°С, хуши жойида, бироқ саволларга ҳар вақт ва тўғри жавоб бермайди, вақти-вақти билан

хушини йўқотади. Юзи оқарган. Кўкрак, қорин, оёқ-қўл терисида полиморф тошмалар бор, тошмалар кўкимтир рангда, марказида некроз. Пульси - 92 бир дақиқада, юмшоқ, ритмик. К/Б 90/60 мм с. у. Юрак оханги сусайган, ўпкада везикуляр нафас, Қорин одатдаги шаклда, пайпаслаб кўрилганда оғриқсиз. Энса мушаклари таранглиги йўқ. Керниг, Брудзинский симптомлари манфий. Люмбал пункция қилинганда орқа мия суюқлиги типик, таркиби ўзгармаган. Қон текширилганда эр -4000000, Нв - 120 Г/л, лейкоцитлар - 17,8, эоз - 0, ёш хуж - 10, т/я -22, с/я - 54, лимф - 8, мон. - 5 фоиз; ЭЧТ - 20 мм/с.

1. Клиник ташхисни асослаб куйинг.

7– масала.

Бемор Ю., 29 ёшда, тўсатдан касалланган - қусиш, кучли бош оғриғи, мушакларда оғриқ, адинамия. Касаллик бошлангандан бир неча соат ўтгач хушидан кетган. Касалхонага келганда эрталаб ҳарорати 39,5⁰С, хуши жойида эмас, алахлаш, безовталиқ белгилари бор. Кўрув вақтида юзи қизарган, конъюнктивит, лабида учуқ тошган, ўпкада кўп микдорда хўл хириллашлар бор. Пульс ритмик, 96 марта бир дақиқада, К/Б - 90/60 мм с.у. Энса мушаклари таранглиги мусбат. Бемордан орқа мия суюқлиги олинди, унинг таҳлилида - рангсиз, тиник, цитоз - 25 бир мм³, оксил - 0,25 фоиз, қанд - 1,83 ммоль/л. Панди реакцияси - манфий.

1. Зарурий текширув усуллари.

2. Таққослаш ташхисоти.

8 - масала

Бемор Ш., 12 ёшда, касаллик ўткир бошланган, 13/II соат 17.00 да иссиғи кўтарилиб, кўп марта қусган, тунни жуда нотинч ўтказган, ухлай олмай бесаранжом бўлган, эртасига қусиш ва ич кетиш кузатилган. Хақим кўргач, 2 маҳал пенициллин буюрган. Кун-тун безовта бўлиб, алахлаб, эртасига хушини йўқотган ва "тез ёрдам" машинасида касалхонага келтирилган. Бемор касалликнинг 3-куни оғир аҳволда, ҳарорати 40⁰С, хириллаб юзаки нафас олаяпти, кучли умумий цианоз, тошмалари йўқ. Пульси юмшоқ, аритмия, юрак товуши сусайган, К/Б 60/0 мм с.у. Ўпкада кўплаб тарқоқ қурук ва ҳар хил намли хириллашлар бор. Қорин тортилган, жигар, талоқ катталашган. Менингеал симптомлар кучли даражада, кўзлар кенг очилиб, қорачиги кенгайган, ёруғликка реакция йўқ. Пай рефлекслари чақирилмайди. Ўнг томондаги оёқ-қўлларда гиперкинез, чап томонда ҳаракатсиз, мушак тонуси

жуда сусайган. Бабинский, Гордон симптомлари иккала томонда мусбат. Клоник талваса. Динамикада гиперемия, клоник талваса, цианоз сақланиб қолган. Қ/Б қисқа муддатда 50/30 мм с.у. дан 70/60 мм с.у. га кўтарилган. Кучли терлаш бўлиб, юзи қизарган. Нафас олиши тезлашиб ёрдамчи мускуллар иштирокида, кейинчалик нафас олиш сусайиб бирдан тўхтаган ва нафас олиш яна тикланган.

1. Ташхисни асослаб қўйинг.
2. Менингококк менингит касалларида хакимлар тактикаси - ўткир ўпка шиши, мия моддаси шишиши ҳамда тиқилиш синдроми бўлган пайтда қандай бўлиш керак?

9– масала

Бемор Х., 5 ёшда. 18/IV соат 2 ларда тўсатдан касалланган, ҳарорати кўтарилиб; совқотиш, қусиш, кучли бош оғриғи, пайдо бўлган. Участка хаками текшириб, грипп деб ташхис қўйган. Ўша куни кечга бориб ота-оналари бемор терисида тошмалар пайдо бўлганлигини кўришган. Тунда бола жуда безовта бўлиб, бош оғриғига, суяклари оғриётганига, "оёқлари куюётганига" шикоят қилган. 19/IV да эрталаб қайта кўрилгач Верльгоф касаллиги деб ташхис қўйилган. Шифохонага келтирилганда бемор жуда оғир ахволда: лаб ва тирноқларида кучли цианоз. Тана ва оёқ-қўлларида жуда кўп тошмалар, оёқ ва юзидаги баъзи тошмалар 1-2,5 см катталиқда, баъзиларининг марказида некроз склерасида қон қуйилиши белгилари кўрилган. Оёқ-қўллар совуқроқ, пульс ва қон босими аниқланмаяпти. Нафас олиши 60 та, ўпкада ўзгариш йўқ. Қорин ичга тортилган, жигар ва талоқ катталашмаган. Бемор хушидан кетган. Менингеал симптомлари мусбат. Пай ва тери рефлекслари чақирилмаяпти. Қорачиғнинг ёруғликка реакцияси йўқ.

Олиб борилган муолажалардан сўнг 1 соат ўтгач пульс - 120-130 бир дақиқада, Қ/Б - 40/0, сўнгра 90/40 мм с.у. аниқлана бошлади. цианоз анча камайди, кўп миқдорда сийдик ажратди.

Кейинги олиб борилган шиддатли даволаш муолажалари натижасиз қолди, бемор аҳволи яхшиланмади, вақти-вақти билан психомотор ўзгаришлар, қисқа муддатли тиришиш, теридага геморрагиялар кўпайиб, кўкимтир тусда, кўк "ўлимтик" доғларни эслатувчи цианоз сақланиб қолди. Нафас олиш юзаки, тез-тез, қисқа-қисқа бўлиб, қон босими 80/40, 80/30 мм с.у.

Шифохонага келганидан 20 соат ўтгач, Қ/Б яна пасайди 40/0, цианоз кучайди, нафас олиш сони камая бошлади. 12-16 та бир дан, сўнгра нафас олиш

тўсатдан тўхтади. Нафас олишни тиклаб бўлмади. Ўлим касалликнинг иккинчи куни юз берди.

1. Кенг асосли ташҳис қўйинг.
2. Ўлим сабабини кўрсатинг.
3. Қандай лаборатор текширувлар ташҳисни тасдиқлайди.

10 - масала

Бемор Б., 24 ёшда, ётоқхонада яшайди, у ердан бир неча киши менингококкли инфекция касаллиги билан шифохонага келтирилган. Касалланган куни дарсларга қатнашган; ўзини яхши хис қилган. Кечга бориб тўсатдан совқотиш билан ҳарорати кўтаралган, кучли иссиқлик сезган, томоғи, боши оғриган, танаси қақшаб оғриган. Орадан 3 соат ўтгач клиникага менингококцемия ташҳиси билан етказилган.

Кўриқдан ўтказилаётганда ҳарорати 38,5°C, бўшашган, юзи қизарган, кўз оқи қон томирлари кенгайган, оёқ қолларида кўп, майда геморрагик тошмалар, бурундан қон кетиш ҳолати кузатилган. Эс-хуши жойида. Пульс уриши бир дақиқада 100 марта. Менингеал симптомлар мусбат. Умумий аҳволи ўртача оғирликда. Люмбаль пункция қилинди -суюқлик тиниқ, тез-тез томчилаб ажралди, суюқлик таркиби ўзгаришсиз. Шифохонага ётқизилгандан сўнг 6 соат ўтгач аҳволи оғирлашди: қайта-қайта қусиш, пульси юмшоқ, акроцианоз, хансираш, Қ/Б 80/50 мм с.у., 30 дақиқадан сўнг 60/10 мм с.у., яна қусиш, кўзғалиш, алахлаш, ҳарорати 37,2°C. Геморрагик тошмалар, айниқса йирик элементлари 2x1,3 см, некрозли, лабларида учук тошмалари. Тезлик билан фаол патогенетик даволаш олиб борилгандан сунг 2 соат ўтгач, Қ/Б кўтарилиб, 90/50 мм с.у. цианоз йўқолди, бемор тинчланди, кейинги 12 соат давомида қон босими 90/50 - 80/60 мм с.у. атрофида бўлди. Қон экмасида менингококк топилган. Қон таркиби: эр -3500000. Нв - 66 фоиз, Р.К. - 0,9, лейкоц - 19500, эоз-4 фоиз, т/я-4 фоиз, лимф -16 фоиз, мон - 6 фоиз, ЭЧТ - <0 мм/с. Сийдик текшируви: нисбий оғирлиги - 1015, оқил - жуда кам излари, кўп миқдорда ўзгармаган эритроцитлар, лейкоцитлар, эпителий тўқималари.

1. Ташҳис қўйинг, асоратларини аниқланг.

11 - масала

Бемор Ю., 21 ёшли, талаба. Тўсатдан 16 куни соат 19^{оо} ларда касаллик - титроқ, бош оғриғи, ҳароратнинг кўтарилиши 40^{оС}, безовталиқ, қусиш, мушак ва суякларда оғриқ каби белгилар билан бошланган. 3 соатча вақт ўтгач беморга, "тез ёрдам" ҳакими кўригидан сўнг, "грипп" ташхиси қўйилди. Бемор ётоқхонада қолдирилган. Бемор тунни жуда безовталиқ билан ўтказган - чанқаш, тананинг қақшаб оғриши, айниқса оёқларидаги оғриқ беморни безовта қилган, эрталабга яқин кучли кўзғалиш содир бўлиб, хушини йўқотган. Атрофдагилар танасига тошмалар тошганини аниқлашган.

Шифохонага ётқизиш вақтида: ҳарорати 39,4^{оС}, хуши ўзида, безовта, оёқ-қўллари совуқ, тирноқлари кўқарган, юзи, танасида йирик, кўкимтир доғлар, шулар фонида геморрагик тошмалар, жуда кўп, ҳар хил катталиқда, кўплаб қонталашлар (5x7 см² ва ундан катта), тошмалар кўкимтир-қизил рангда. Конъюктивалар ва кўз олмаси қон томирлари кенгайган, чап кўз ковоғи оқлигида, пастки ковоқ орқасида анчагина катталиқда қонталаш бор. Пульс аниқланмаяпти, Қ/Б 30/0 мм с.у. Тахикардил 150-160 бир дақиқада. Нафас олиши 46-50 та, юзаки. Ўпкада кучсиз везикуляр нафас. Тил қуруқ, жигарранг караш билан қопланган. Томоқни кўриб бўлмади. Қорин юмшоқ, оғриқсиз, жигар қовурға чети бўйлаб жойлашган, талоқ катталашмаган. Қорин рефлекслари суст. Энса мушаклари таранглиги йўқ. Керниг симптоми иккала томонда, Бабинский симптоми мусбат. Бемор изтиробда, ёрдам сураяпти, кўп суюқлик ичяпти.

1. Ташхис қўйинг, асоратларини аниқланг.
2. Касалликлар билан таккослаш ташхисотини утказиш зарур?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Абдукодиров Х.А., Магзумов Х.Б. Принципы ранней и диф.диагностики заболеваний, протекающих с синдромом диареи// Ташкент. 1993г. 6.
2. Ахмедова М.Д., Облоқулов А.Р., Бобохужаев С.Н. “Юқумли касалликларда ҳамширалик иши.”// Бухоро, 2007.
3. А.К.Белоусова А.К, Дунайцева В.Н. Инфекционные болезни// Ростов-на-Дону, 2006 г.
4. Васильев В.С., Комар В.И, Цыркунов В.И. Практика инфекциониста// Мн. Высш.ШК.,1992 г.-495с.
5. Даминов Т.А., Туйчиев Л.Н., Таджиева Н.У. «Инфекционные болезни в деятельности ВОП»// Ташкент. -2007 г.
6. Даминов Т.А. Инфекционные болезни с детской инфекцией// Ташкент 2010-2011 г.
7. Даминов Т.А., Таджиева Н.У. Корь// Ташкент.2005 г.
8. Маджидов В.М. Юқумли касалликлар// Тошкент, 1992.
9. Учайкин В.Ф.“Руководство по инфекционным болезням” // 2001 г.
10. Зокирходжаев А.Х. “Болалар юқумли касалликлари”// 2008
11. Зокирходжаев А.Х. “ Юқумли касалликлар”// 2011
12. С.Н Соринсон. Инфекционные болезни в поликлинической практике// Руководство для врачей – СПб; Гиппократ, 1993 г.-320 с.
13. Мусабаев И.К., Мусабаев Э.И. Искусство, методы врачевания и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний// Ташкент 1999г.
14. Учайкин В.Ф.. Руководство по инфекционным болезням // М.,ГЭОТАР МЕДИЦИНА,1998г. 96с.
15. Учайкин В.Ф. “Руководство по инфекционным болезням”// 2001 г.
16. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. «Лекции по инфекционным болезням»//. – М, 1999г.
17. Покровский В.И., Пак С.Г. и др. «Инфекционные болезни и эпидемиология»// - М, 2008г.
18. Christie C., Hammond J.,Reising S., et al: Clinical and molecular epidemiology of enterococcal bacteremia in a pediatric teaching hospital. J Pediatr //125: 392 – 399, 2000.
19. Moellering R.C. Vancomycin-resistant enterococci.// Clin Infect Dis 26:1196-1199, 1998.
20. Mc Kinney R.E., Katz S.L., Wilfert C.M.: Chronic enteroviral meningoencephalitis in agammaglobulinemic patients//. Rev Infect Dis 9:334-356, 1997
21. Romero J.R., Rotbart H.A.: Sequence analysis of the downstream 5' nontranslated region of seven echoviruses with different neurovirulence phenotypes//. J Virol 69: 1370-1375, 1999/
22. Интернет-сайтлар – www.infectology.ru, www.cdc.com

Ўқув қўлланма

Мирзакаримова Дилдора Баҳодировна

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИ ЭРТА ВА ҚИЁСИЙ ТАШХИСЛАШ

Муҳаррир: Абдураҳимов А.

Корректор ва дизайн: Назиржонов О.

Тасдиқнома № 3693-615f-9ccc-0187-7582-2706-6992, 31.10.2020.

Формат 60x84/16. Гарнитура Times New Roman.

Муқова учун расм манбаси:

<https://cdn.sanity.io/images/0vv8moc6/dermatologytimes/0ab53e2dc465059351277b637a48af00ad22b1ef-5472x3648.jpg?fit=crop&auto=format>

Шартли б.т. 9.77. Адади 10 дона. Буюртма №90.

«RE-HEALTH» нашриётида тайёрланди ва чоп этилди.

170127, Андижон, Ю.Отабеков кўчаси, 1-уй.

Телефон: +998941010091

e-mail: re-health@mail.ru

<http://re-health.uz>

0337

