

Dunyoda o‘tkir ichak infeksiyalari (O‘II) bilan kasallanish darajasi yuqori bo‘lib, uchrash darajasi bo‘yicha respirator patologiyalardan keying o‘rinda turishi, kasallikning noxush oqibatlarining yuqoriligi bilan dolzarb muammo bo‘lib hisoblanadi. Jahon sog‘likni saqlash tashkiloti ma’lumotlariga ko‘ra, «...dunyoda har yili 1 mlrd. dan ortiq kishi o‘tkir diareyadan aziyat chekadi, ularning 65-70% ni 5 yoshgacha bo‘lgan bolalar tashkil qiladi». O‘tkir yuqumli diareyalarni tashhislash, samarali davolash, diareya bilan og‘rigan bemorlarda kasallikning klinik-immunologik xususiyatlarini o‘rganish dolzarb hisoblanadi. Shu jihatdan, bolalarda o‘tkir yuqumli diareyalarning erta tashhisotining zamonaviy usullarini qo‘llash, davolashni takomillashtirish, kasallik asoratlarini oldini olish amaliy tibbiyotning ustubor yo‘nalishlari bo‘lib qolmoqda.



Mulladjanova Kimyoxon Axatovna

BOLALARDA O‘TKIR ICHAK YUQUMLI KASALLIKLARI

O‘quv qo‘llanma



REHEALTH

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA‘LIM, FAN VA
INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI**

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

MULLADJANOVA KIMYOXON AXATOVNA

**BOLALARDA O‘TKIR
ICHAK YUQUMLI
KASALLIKLARI**

O‘quv qo‘llanma

Andijon, 2023-yil

UO‘K 616.9

KBK 53.46

M63

Tuzuvchi:

Mulladjanova K.A. – Andijon davlat tibbiyot instituti Yuqumli kasalliklar kafedrası dotsenti.

Taqrizchilar:

Ahmedova M.J. – TTA Yuqumli kasalliklar va bolalar yuqumli kasalliklari kafedrası professori.

Arziqulov A.Sh. – ADTI davolash fakulteti uchun pediatriya kafedrası professori.

Mulladjanova K.A.

M63 BOLALARDA O‘TKIR ICHAK YUQUMLI KASALLIKLARI: O‘quv qo‘llanma / Mulladjanova K.A.:– Andijon: RE-HEALTH nashriyoti, 2023 – 120 b.

ISBN 978-9910-758-34-8

Dunyoda o‘tkir ichak infeksiyalari (O‘II) bilan kasallanish darajasi yuqori bo‘lib, uchrash darajasi bo‘yicha respirator patologiyalardan keying o‘rinda turishi, kasallikning noxush oqibatlarining yuqoriligi bilan dolzarb muammo bo‘lib hisoblanadi. Jahon sog‘likni saqlash tashkiloti ma‘lumotlariga ko‘ra, «...dunyoda har yili 1 mlrd. dan ortiq kishi o‘tkir diareyadan aziyat chekadi, ularning 65-70% ni 5 yoshgacha bo‘lgan bolalar tashkil qiladi». O‘tkir yuqumli diareyalarni tashhishlash, samarali davolash, diareya bilan og‘rigan bemorlarda kasallikning klinik-immunologik xususiyatlarini o‘rganish dolzarb hisoblanadi. Shu jihatdan, bolalarda o‘tkir yuqumli diareyalarning erta tashhisotining zamonaviy usullarini qo‘llash, davolashni takomillashtirish, kasallik asoratlarini oldini olish amaliy tibbiyotning ustubor yo‘nalishlari bo‘lib qolmoqda.

O‘zbekiston Respublikasi Oliy ta‘lim, fan va innovatsiyalar vazirligi Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 02.12.2023-yildagi “01/08/643-Sh”-sonli buyrug‘iga asosan nashr etishga ruxsat berildi.

UO‘K 616.9

KBK 53.46

ISBN 978-9910-758-34-8

© **Mulladjanova K.A., 2023**

© **RE-HEALTH nashriyoti, 2023**

MUNDARIJA

KIRISH.....	4
1-mavzu. Shigellyozlar.....	5
2-mavzu. Salmonellyozlar.....	22
3-mavzu. Esherixiozlar.....	37
4-mavzu. Shartli patogen mikroblar chaqiruvchi o'tkir ichak infeksiyalari.....	49
5-mavzu. Ich terlama. Qorin tifi. A va V paratiflar.....	66
6-mavzu. Iersiniozlar, soxta sil.....	89
7-mavzu. Vabo.....	107
FOYDALANILGAN ASOSIY ADABIYOTLAR.....	118

KIRISH

Dunyoda oʻtkir ichak infeksiyalari (OʻII) bilan kasallanish darajasi yuqori boʻlib, uchrash darajasi boʻyicha respirator patologiyalardan keying oʻrinda turishi, kasallikning noxush oqibatlarining yuqoriligi bilan dolzarb muammo boʻlib hisoblanadi. Jahon sogʻlikni saqlash tashkiloti maʼlumotlariga koʻra, «...dunyoda har yili 1 mlrd. dan ortiq kishi oʻtkir diareyadan aziyat chekadi, ularning 65-70% ni 5 yoshgacha boʻlgan bolalar tashkil qiladi». Oʻtkir yuqumli diareyalarni tashhislash, samarali davolash, diareya bilan ogʻrigan bemorlarda kasallikning klinik-immunologik xususiyatlarini oʻrganish dolzarb hisoblanadi. Shu jihatdan, bolalarda oʻtkir yuqumli diareyalarning erta tashhisotining zamonaviy usullarini qoʻllash, davolashni takomillashtirish, kasallik asoratlarini oldini olish amaliy tibbiyotning ustubor yoʻnalishlari boʻlib qolmoqda. OʻIK ni etiologik kelib chiqishi boʻyicha 3 guruhga boʻlinadi:

Bakterial ichak enterobakteriyalari (ich terlama, shigellezlar, esherixiozlar, salmonellezlar, iersineoz, vabo va boshqa shartli patogen mikroblar chaqirgan ichak infeksiyalari)

Virusli ichak infeksiyalari (rotoviruslar, adeno-, entero-, astro-, kalitsino- va Norfolk viruslari).

Protozoy ichak infeksiyalari chaqirgan ichak infeksiyalari (amyobiaz, kriptosporidioz, shistosomoz).

Barcha OʻIK turli etiologiyali boʻlishiga qaramasdan umumtoksik ichak sindromlari bilan klinik koʻrinishlarga ega. Mahalliy buzilishlar oshqozon-ichak traktining qaysi boʻlimi zararlanishiga bogʻliq: gastrit, enterit, kolit, gastroenterokolit).

Ichak infeksiyai etiologik strukturasi boʻyicha turli yoshdagi bolalarda bir xil kechmaydi. Ilk yoshdagi bolalarda rotavirus, enteropatogen esherixiyalar, stafilakokklar, salmonellalar va shartli patogen ichak tayochalaridan koʻproq-proteylar, sitorbakter va klebsiellalar uchraydi. Maktab yoshidagi bolalarda esa shigellezlar, salmonellezlar, iersineoz, ich terlama va paratiflar uchrab turadi.

1-MAVZU: SHIGELLEZLAR - ICHBURUG‘

Tarixiy ma’lumotlar. “Dizenteriya” terminini (grekcha so‘zdan olingan bo‘lib dis – ishning buzilishi, qiyinlashuvi + entera – ichaklar) Gippokrat kiritgan.

1888 yilda ichburug‘ qo‘zg‘atuvchisini birinchi bo‘lib A. Chantemesse va F.Widal tomonidan aniqlangan. Ichburug‘ bilan og‘rigan bemorlarda mikrobbing analogini Rossiyada A.B.Grigorev 1891 yilda aniqladi. Shig esa bu bakteriyalarni xususiyatlarini aniq ko‘rsatib berdi. Ichburug‘ning boshqa xil turlari quyidagi olimlar tomonidan topilgan C. Flexner (1906), M.I.Shtutser (1916), K. Schmitz (1916), C.Zonne (1915), F.H.Clayton va S.H.Warren (1929), I.S.Boyd (1932). Rus olimlaridan M.A.Skvorsov, M.S.Maslov, A.A.Koltipin, E.M.Novgorodskaya va G.N.Speranskiylarning xizmatlari ham alohida o‘rin egallaydi.

Etiologiyasi. Ichburug‘ni Shigella bakteriyalari chaqiradi. Ularning 40 tadan ortiq serologik va biokimyoviy farqlanuvchi variantlari mavjud. Shigellalar oddiy ozuqa muhitlarida yaxshi o‘sadi. Mikrobb hujayralarning parchalanishida endotoksin ajraladi. U kasallik patogenezida va klinik belgilarning namoyon bo‘lishida katta ahamiyatga ega. Bundan tashqari, shigellalar ekzotoksinning bir nechta turini (epitelial hujayralar membranasini shikastlovchi sitotoksin, ichak bo‘shlig‘iga suyuqlik va tuzlar ajralishini kuchaytiruvchi enterotoksinlar, asosan Grigorev-Shiga bakteriyalarda aniqlanuvchi neyrotoksin). Hozirgi sharoitda Fleksner va Zonne shigellalari eng ko‘p tarqalgan xisoblanadi. Shigellalarning patogenligi 4 ta asosiy omil: adgeziya, invaziya, toksin ishlab chiqaruvchanlik va hujayra ichida ko‘paya olish qobiliyatlari bilan ta’minlanadi. Ushbu omillar Grigorev-Shiga bakteriyalarda ayniqsa kuchli ifodalangan. Birmuncha kamroq Fleksner va boshqa turdagi shigellalarda ifodalangan. Shigellalarning muhim hossalardan biri bu ularga qarshi qo‘llaniluvchi antibiotiklarga nisbatan o‘zlarining sezgirligini turli xududlarda qanchalik ko‘p foydalanilishiga qarab tez o‘zgartira olishidir.

Epidemik davrda shigellyozlardagi o‘lim ko‘rsatkichi 2-7% ni tashkil qilishi mumkin. Ichburug‘ qo‘zg‘atuvchilari, ayniqsa Zonne shigellalari, tashqi muhitda yuqori darajada yashay olishi bilan farqlanadi. Ular xapopat va namlik sharoitlari qanday bo‘lishiga ko‘ra o‘z biologik xossalarini 3-4 sutkadan 1-2 oygacha, ba’zi hollarda esa 3-4 oy va undan ko‘proq vaqt ichida saqlashi mumkin. Yaxshi sharoitda shigellalar, ayniqsa Zonne shigellalari, turli oziq-ovqatlar (salatlar, vinegretlar, qaynatilgan go‘sht, qiyma, baliq, sut va sut maxsulotlari, kompot va kisellar) da tez ko‘payish qobiliyatiga ega.

Ichburug‘ning Grigorev-Shiga turi ilk bor 1891 yili rus olimlari Grigorev va Kubasov tomonidan ajratilgan, Yapon mikrobiolog olimi Shiga 1898 yili ushbu turdagi

bakteriyalarning kasallik chaqirishdagi ahamiyatini to'liq isbotladi. Shtutser-Shmits bakteriyalarini 1917 yili rus olimi Shtutser va nemis olimi Shmitslar ajratib olishgan. Lardj-Saks bakteriyalari Xindistonda 1934 yili Lardj va 1943 yilida Saks tomonidan ajratib olingan. Fleksner bakteriyalari amerikalik olim Fleksner tomonidan 1900 yili aniqlangan. Ularning 3 ta xili bor: Fleksner, Nyukasl va Boyda. Fleksner xili o'z navbatida 5 ta (1-5) serologik turga bo'linadi. Zonne bakteriyalari 1915 yilda Daniyalik mikrobiolog Zonne tomonidan ajratilgan.

Ichburug' bakteriyalari ko'p o'xshashliklarga ega. Ular harakatsiz, Gram bo'yicha manfiy bo'yaladi. Ular sun'iy ozuqa muhitlarida yaxshi o'sadi, ayniqsa Ploskirev («J» baktagari) muhitida tez rivojlanadilar. Bunda ular mayda rangsiz koloniyalarni hosil qiladi. Biokimyoviy xususiyatlariga ko'ra ham ular ko'p o'xshashlikka ega. Zonne bakteriyalaridan tashqari, ularning barchasi laktozani parchalamaydi, glyukozani esa kislotagacha parchalaydi (Nyukasl bakteriyalaridan tashqari). Grigorev-Shiga. Shtutser-Shmits va Lardj-Saks bakteriyalari mannitni parchalamaydi, Fleksner va Zonne bakteriyalari esa buning aksidirlar.

Ichburug' bakteriyalarining aloxida turlari va serotiplarini yakuniy farqlash uchun serologik usul (spesifik turlar bilan bog'liq va monoretseptor zardoblar bilan o'tkaziluvchi agglyutinatsiya reaksiyasi) dan foydalaniladi. Ushbu usul nafaqat qo'zg'atuvchining turini, balki uning barcha hillarini farqlashga imkon beradi. Ichburug' qo'zg'atuvchilari oddiy sharoitda odam ichaklarida ham aniqlanishi mumkin. Bu omilsiz kasallikning bir odamdan ikkinchisiga o'tishi mumkin bo'lmas edi. Masalan, najasda bakteriyalar 3-5 oygacha, iflos kiyimlarda - 2 oygacha, tuproqda - 3 oygacha saqlanishi mumkin. Oziq - ovqat maxsulotlari (sut, tvorog, non) da, sabzavot va mevalarda ikki hafta, sekin oqar suvlarda yetti kungacha saqlanishi mumkin. Ichburug' bakteriyalari quyosh nurlari, yuqori xaroratda, dezinfektsiyalovchi moddalar (xlorli oxak, lizol, spirt, xloramin) ta'sirlariga juda sezgirdir. Dezinfektsiyalovchi moddalar ta'siri ostida ular 30-40 daqiqa davomida xalok bo'ladi. Boshqa ichak kasalliklari qo'zg'atuvchilari kabi ular o'zgaruvchanlik dissosiatsiya (parchalanish, tarkibiy qismlarga bo'linib ketish) ga moyillik bildiradi. Odam organizmiga tashqi muxitdan tushib, ular organizmning ichidagi yangi sharoitga o'rganib ba'zan moslashish davrida ular o'z virulentlik xossalarini o'zgartirishadi. Bakteriyalarning virulentlik xossalari ayniqsa turli dori vositalari (antibiotiklar, sulfanilamidlar) ta'siri ostida o'zgaradi. Bir turdagi antibiotik yoki sulfanilamid dori vositasini qo'llash ushbu dorilarga nisbatan turg'un bakteriya shtammlarining paydo bo'lishiga olib keladi.

Epidemiologiyasi. Ichburug' epidemiologiyasi qorin tifi epidemiologiyasiga ko'p jixatdan o'xshash hisoblanadi. Bu o'xshashlik quyidagilardan iborat: birinchidan

ichburug'da oshqozon ichak yo'li zararlanadi va qo'zg'atuvchi undan tashqi muhitga ajratiladi; ikkinchidan, ichburug' qorin tifi kabi monopatogen infektsiya hisoblanadi; uchinchidan, ikkala kasallikda ham qo'zg'atuvchi yuqishning bir xil mexanizmida rivojlanadi. Ichburug'da kasallik manbai faqat bemor odam hisoblanadi. Bemor odam kasallikning birinchi soatlaridanoq bakgeriyalarni ajrata boshlaydi. Ushbu bemorning atrofidagi odamlar uchun qanchalik xavf tug'dirishi kasallikning kechish olgan Ichburug' bakteriyalari odam organizmiga og'iz orqali tushadi. Ular o'z yo'lida oshqozondagi fiziologik to'siqdan o'tishadi. Oshqozon shirasidagi kislota qo'zg'atuvchini o'ldiradi va ichakka tirik o'tishga bermaydi. Lekin ba'zan oshqozon shirasining kislotalik darajasi past bo'lsa, yoki birdaniga qo'zg'atuvchining ko'p miqdorda organizmga tushishi natijasida ularning bir qismi ichakka o'tadi. U yerda esa ularga ovqat xazm qiluvchi shira va ichak florasi ta'sir etadi, Bunda ham qo'zg'atuvchilarning bir qismi xalok bo'ladi. Shunda bakteriyalardan endotoksin ajraladi. U shilliq qavat epiteliysini shikastlaydi, unga sensibilizatsiyalovchi ta'sir ko'rsatadi va qonga so'riladi, qonda aylanib yurgan toksin turli to'qimalar, a'zolar va nerv sistemaga ta'sir etadi. Buning natijasida kasallikning birlamchi belgilari (tana xaroratini ko'tarilishi, bosh og'rishi, titroq, ishtaxaning pasayishi, xolsizlik va boshq.) paydo bo'la boshlaydi. Xalok bo'lmagan bakteriyalar shilliq qavat hujayralari tomonidan ushlanadi va ichak florasi hamda ovqatni xazm qiluvchi shiraning antagonistik ta'sirini yengib o'tib, ko'payib boshlaydilar. Ichak devoridan tashqarida ichburug' bakteriyalari o'tmaydi.

Ko'payish jarayoni bilan bir qatorda antagonistik tasirga chiday olmagan bakteriyalarni xalok bo'lishi ro'y beradi. Ichakda endotoksin miqdori tobora ortib boradi va u asta-sekin qon va limfa tomirlarga so'rilib boradi.

Markaziy nerv sistemasining zaharlanishi ko'payib boradi. Qonda toksinning aylanib yurishi uning bir qismining a'zo va to'qimalar hujayralari bilan bog'lanishi bir qismining esa qonning zararsizlantiruvchi xossalari ta'siri ostida kuchsizlantirishi, yana bir qismining yo'g'on ichak shilliq qavati tomonidan ajralishi va yana ortga so'rilishi bilan yakunlanadi.

Ma'lumki, yug'on ichak ekskretor a'zo hisoblanadi. U organizmdan organik va noorganik tabiatga ega turli zaxarlarni shuningdek, moddalar almashinuvi maxsulotlarini ajratib chiqaradi. Yo'g'on ichakda ichburug' toksinining ajralishi allergik reaksiyalar rivojlanishiga sabab bo'ladi, chunki organizm zaxarning ichakka birlamchi ta'siri natijasida sensibilizatsiyalangan bo'ladi. Allergik reaksiya qon tomirlarning yanada ko'proq kengayishi, plazma ekssudatsiyasining kuchayishi, epiteliy hujayralarning xalok bo'lishi, ba'zida esa mayda qon quyilishlar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Yallig'lanish ekssudati va endotoksin yo'g'on ichakning ampulyar

va sigmasimon qismlarida joylashgan nerv oxirlarini ta'sirleydi. Ushbu impulslar MNS ga keladi, so'ngra undan xarakter yo'llari orkali javob reaksiyasi yuboriladi. Bu reaksiya yo'g'on ichakning mazkur qismlarining qisqarishi ko'rinishida ifodalanadi. Klinik jixatdan bu ichburug' uchun xos bo'lgan yolg'on chaqiriqlar bilan namoyon bo'ladi. Toksin ichak devorlarida joylashgan vegetativ gangliylar (Meysner va Luerbax chigallari) ga, quyosh migaliga, shuningdek adashgan nerv tolalariga ta'sir qiladi. Ushbu nerv tolalari bilan qorin bo'shlig'ining vegetativ gangliylarga kirgan va ichak innervatsiyasida ishtirok etadi. MNS ular orqali ichak peristaltikasini boshqaradi, ichak devorlarining me'yoriy tonusini va bo'shlig'i bo'ylab ovqatning yurib borishini ta'minlaydi. Ichakning aloxida segmentlarining spastik qisqarishi azoblovchi xurujsimon og'riqlarni chaqiradi. Spazmlar najasning yo'g'on ichakning yuqori qismlarida to'xtab qolishi va uning oz-ozdan kelishiga sabab bo'ladi. Sigmasimon va to'g'ri ichakning spastik qisqarishi qorinning pastki qismida oraliqqa uzatiluvchi pastga og'riqlar (tenezmlar) ni chaqiradi. Spazmga uchragan yo'g'on ichak ayniqsa uning sigmasimon qismi, og'riqli arqon ko'rinishida paypaslanadi. Toksinning vegetativ nerv sistemasiga ta'sir etishi natijasida qon tomirlar tonusining reflektor pasayishiga olib keladi. Ular kengayadi va qon bilan to'ladi, teri va bosh miya tomirlarida esa uning miqdori kamayadi. Shuning uchun ichburug' bilan kasallangan bemorlar sovuq qotadi va isinishga muhtoj bo'ladi. Ushbu o'zgarishlar tufayli ichburug'ning boshlanishida bemorlarda ba'zan bosh aylanishi va xattoki xushdan ketishi kuzatiladi. Qonni qorin bo'shligi tomirlarida to'planishi sababli: yurak ham yetarli miqdorda qon bilan ta'minlanmaydi, bu esa sistolik bosimning pasayishiga olib keladi. Ichakdagi morfologik va funktsional o'zgarishlar va unda patogen bakteriyalarning rivojlanishi sababli ichak me'yoriy mikroflorasining hayot faoliyati buziladi. Bu ichburug' patogenezida muxim ahamiyatga ega. Ichak me'yoriy mikroflorasining ezilishi chirish bakteriyalarning tez ko'payishiga olib keladi. Meyoriy mikroflora va boshqa turdagi bakteriyalar o'rtasidagi nisbat buziladi, ya'ni disbakterioz rivojlanadi. Nerv sistemasining zaxarlanishi va ichak faoliyatining buzilishidan tashqari, ichburug'da oshqozon, oshqozon osti bezi, ichakning ovqat xazm qiluvchi bezlari faolligi pasayadi. Bundan tashqari, jigar faolligi ham pasayadi. Organizmda suv-tuz, uglevodlar, oqsillar, yog'lar va vitaminlar almashinuvi buziladi.

Ichburug'da morfologik o'zgarishlar yo'g'on ichakning pastki qismida rivojlanadi. Ushbu o'zgarishlar kataral, yoki kataral gemorragik yallig'lanish ko'rinishida namoyon bo'ladi. Ko'pincha vaznning yo'qotilishi qayd etiladi. Kasallikning avj olishida chap yonbosh sohasida og'riqlar kuchayadi, sigmaning spazmi, ich kelish sonining ko'payishi aniqlanadi. Najasda patologik aralashmalar

kuzatiladi. Bazida qaytalanish hollari o'tkir ichburug' ko'rinishida boshlanib kechishi mumkin. Ular ikki-uch hafta davom etadi. So'ng remissiya davri bilan almashadi. Ushbu davrning davomiyligi turli bemorlarda 1 oydan 4-8 oygacha davom etadi.

KLINIKASI. Kasallikni yashirin davri 6-8 soatdan 7 kungacha bo'lishi mumkin, o'rtacha 2-3 kunni tashkil qiladi. Shigellyozlarni klinik ko'rinishlari turlichadir. Tipik kechishida bolalarda umumiy intoksikatsiya yoki neyrotoksikoz, kolitik sindrom bilan (qorindagi og'riq, tenezmlar, palpatsiyada sigmasimon ichak og'riqli va spazm kuzatilayapti, anusning ochiqligi, sfinkterit, tez-tez suyuq, patologik aralashmalar bilan shilimshiq, zangori, qon aralash ichning kelishi).

Kasallik o'tkir boshlanadi, baland isitma bilan 38-39 S, isitma 3-5 kun davom etishi mumkin. Bola bezovta, ishtaxasi past, yomon uxlaydi, qayt qilish kasallikning 1-kunida va ertasiga kuzatilishi mumkin. Qorindagi og'riq, tutib-tutib og'riydi, bu og'riq ko'pincha qorinning chap yonboshida bo'ladi. Ichi suyuq, tez-tez oz-ozdan, patologik aralashmalar bilan-shilimshiq, zangori, qon tomchilari va ba'zi xolatlarda toza qizil qon bo'ladi (gemokolitik simptom). Kasallikni o'tkir davrida tenezmlar-ich kelishidan avval qorindagi kuchli, yoki o'tkir og'riq kuzatiladi. Ba'zida bunday chaqiriqlar yolg'on bo'ladi. Bunda ich kelishidan avvalgi og'riq kuchayib bemor xojatdan so'ng yengillik xis qilmaydi. Bu esa to'g'ri ichak shilliq qavatini tushishiga olib keladi. Shigellyozlarga toksikoz-eksikoz xolatlari xos emas, bu kasallikda najas enterokolit xarakterga ega, ba'zi xolatlarda chanqash, terining quruqligi, shilliq qavatning quruqligi elektrolitlarni yo'qotilishi natijasida kam xolatlarda uchrab turadi.

Shigellyozlar klinikasida umumtoksik sindromlar kasallikning 1-sutkasida o'ta namoyon bo'ladi. Kasallikning 2-3 kunida esa bu simptomlar kamayadi va 5-7 kunlari ich kelishi normallashadi.

Qo'zg'atuvchilarning turiga qarab shigellyozlar klinikasi birmuncha boshqacharoq kechadi.

Zonne shigellyozida oziq-ovqat maxsulotlaridan sut orqali kasallik yuqishi mumkin. Kasallik yengil va o'rta og'irlikda kechadi. Kasallik ovqatdan zaxarlanish tipida boshlanadi va gastrit, gastroenterit ko'rinishida o'tkir namoyon bo'ladi. Epigastral sohadagi og'riq, isitmaning yuqori bo'lishi, qaltirash va ko'p martalik qayt qilish bilan boshlanadi. Bunga ichning tez-tez patologik aralashmalarsiz kelishi qo'shiladi. Kasallikni 2-3 sutkasida najas patologik aralashmalar bilan, kolitik sindrom qo'shiladi. Kasallikni 5-7 kuniga kelib infeksiyon toksikozning simptomlari yo'qoladi va ichning normallashuvi bo'ladi.

Fleksner shigellyozida Zonne shigellyozidan kam farq qiladi, lekin kasallikning kechishi og'ir, ko'proq "gemokolit" bilan kolitik sindrom yaqqol

namoyon bo'ladi. Klinik sog'ayish vaqti uzoqroq bo'ladi-7-10 kun yoki kechroq bo'lishi kuzatiladi.

Boyda shigellezi shigellyozlar ichida 3-5 % ni tashkil qiladi. Bu kasallikning turi yengil va bilinar-bilinmas formada o'tib ketadi. Intoksikatsiya simptomlari va kolitik sindrom sust rivojlangan bo'ladi.

Ichburug' shigellyozi (Grigoreva-Shiga) Rossiya territoriyasida oxirgi yillarda sporadik xolatlarda uchrayapti. Fleksner shigellyozi deganda suv orqali yuqish yo'li ma'lumdur. A kichik guruxi (Grigorev-Shiga, Lardja-Saksa, Shtutser-Shmits) shigellyozlarining etiologik vazifasi yuqoridir. Odatda og'ir kechadi, birlamchi neyrotoksikoz va intoksikatsiya, yo'g'on ichakning og'ir zararlanishi, gipertermik sindrom, talvasa sindromi bilan namoyon bo'ladi. Kolitik sindrom tezda rivojlanadi-qorindagi og'riq, tenezmlar, najasda shilliq va qon bo'lishi, anusning ochiqligi va boshqalar. Ko'p martalik qayt qilish, isitma va ko'p martalik ichning kelishida suvsizlanish belgilari ko'zga tashlanadi (teri turgorining pasayishi, teri va shilliq qavatlarining quruqligi, diurezning kamayishi, gipodinamik buzilishlar). Qon taxlilida yuqori leykotsitoz, neytrofilyoz-chapga siljish, ECHT ning yuqorilishi bo'ladi. Kasallik uzoq davom etadi, lekin kasallikning 1-sutkasida o'lim bilan tugallanishi ham mumkin.

KLASSIFIKASIYASI. Asosan shigellyozlar Zonne va Fleksner etiologiyali, tipi, og'irligi va kechishi bo'yicha bo'linadi. Tipik shigellyozlar klinik simptomlardan kolitik sindromning va neyrotoksikozning birinchi o'rinda turishi ahamiyatlidir. Yuqumli toksikozning rivojlanishi, oshqozon-ichak tizimini chuqur zararlanishi natijada og'ir klinik holatni keltirib chiqaradi.

KECHISHI. Shigellyozlar o'tkir (2 xaftagacha), cho'zilgan (1 oygacha), tekis yoki asoratli kechishi mumkin. Oxirgi yillarda surunkali kechish uchramayapti.

O'tkir kechishi. Hozirda shigellyozlar 7-14 kungacha to'la klinik sog'ayish bilan kechayapti. Ichaklarning to'la morfologik va funktsional tiklanishi kasallik boshlangandan to 1 oygacha (ba'zida 2-3 oy) bemor dieta va shaxsiy gigena qoidalariga rioya qilgandagina bo'ladi. Og'ir formasini kechirganlar, asosan ilk yoshdagi bolalar bundan mustasno emas.

Cho'zilgan kechishi. Kasallikning bunday kechishi kasallikka moil bolalarda, fon kasalliklari bor bolalarda (raxit, gipotrofiya, kamqonlik, eksudativ kataral diatez va boshqa kas.), oshqozon-ichak kasalliklarining xamroh kasalliklarida (fermentopatiya, gastroduodenit, spastik kolit ba boshq.), pala-partish anitibiotik ishlatganda, boshqa virusli (ORVI va boshq.) va bakterial infeksiyalarda va ichaklar disbakteriozi rivojlanganda namoyon bo'ladi. Kasallikning cho'zilishi maxalliy va mukoz immunitetning to'la javob bermasligi va qo'zg'atuvchining

organizmdan tezda eliminatsiya bo'lmashligidandir. Oxirgi yillarda bolalarda shigellyozlar ichak disfunktsiyasining doimiy emasligi bilan bakteriya tashuvchanlik bilan kechayapti.

Sog'lom bakteriya tashuvchanlik bolalarda kam uchraydi. Anamnezida bilinar-bilinmas, yengil formasini o'tkazganlarda laborator tekshirilganda ko'p miqdorda bakteriya ajralishi aniqlanmoqda.

Ilk yoshdagi bolalarda shigellyozlarning kechish xususiyati. Chaqaloqlarda va 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda shigellyozlarning klinikasi tipik xarakterga ega. Lekin bunday bolalarning organizmidagi anatomo-fiziologik xususiyatlarga va shigellyoz bakteriyasiga immun javob o'zgacha bo'ladi. Kasallik odatda o'tkir boshlanadi, lekin barcha simptomokompleks sekin-asta rivojlanadi, 3-4 kun davomida umumiy simptomatika rivojlanishi mumkin. Kolitik sindrom esa kam namoyon bo'ladi. Ichi suyuq enterokolit xarakterga ega bo'lib, shilimshiq va zangori aralash bo'ladi. Qorin dam, palpatsiyada ichaklar churillashi, jigar va taloqning kattalashuvi kuzatiladi. Tenezm o'rnida uning ekvivalentlari (bezovtalik, yig'lash va ichi kelganda yuzlarining qizarishi) kuzatiladi. Ba'zi bir xolatlarda sfinkterit va anusning ochiqliqi bo'ladi.

Ilk yoshdagi bolalarda shigellyozlarni kechishi ko'p holatlarda o'tkir, davomli va ichak reparatsiyasi sekin bo'ladi. Kasallikni cho'zilishi 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda ORVI ning asoratlari qo'shilganda (otit, pnevmoniya va boshq.) palapartish antibiotikoterapiya o'tkazish, ichak disbakteriozi rivojlanishi, statsionarda super- yoki re-infektsiyaning, aralash koinfektsiyaning, ko'p holatlarda bakterial va bakterial infektsiyaning birga kelishi kuzatiladi (shigellyoz + salmonellez, shigellyoz + proteoz, shigellyoz + klebsillez va boshq.). Davolashda yuqoridagilarga e'tibor bergan holda 1 yoshgacha bo'lgan bolalar statsionarda bokslangan palatalarda, yengil va o'rta og'ir formalarida esa uy sharoitida davolangani ma'qul bo'ladi. Bu sharoit bolani super va reinfektsiyadan saqlaydi va tezroq tuzalishga olib keladi.

Asorati. Maxsus asoratlardan biriga nospetsifik asoratlardan xam tafovut qilinadi. Maxsus asoratlarga to'g'ri ichak shilliq qavatining tushishi, bu orqa peshov sfinkterining parezi, dinamik ichak tutilishi, invaginasiya, reaktiv pankreatit va appendisit katta yoshdagi bolalarda bo'ladi. Boshqa maxsus asoratlarga – ichak tushishi va peritonit, ichakdan qon ketish.

Nospetsifik asoratlarga ilk yoshdagi bolalarda uchrovchi otit va pnevmoniya (ORVI qo'shilganda), siydik yo'llari infektsiyasi, ichaklar disbakteriozi va kam hollarda gemolitiko-uremik sindrom.

TASHHISOTI. Tashhisot asosini epidemiologik ma'lumotlar, anamnez, bemorning sinchkovlik bilan klinik tekshirilishi, kolonoskopik va laborator tekshiruv

natijalari tashkil qiladi. Epidemiologik ma'lumotlar katta diagnostik ahamiyatga ega. Ba'zan ichburug' klinikasi bilinar-bilinmas ifodalangan bo'lsa va laborator ma'lumotlar manfiy bo'lganda, epid. anamnezda bemor oilasida yoki jamoasida shunga o'xshash hollar borligi aniqlanadi. Bu esa yuqumli ich ketish va ichburug'ni gumon qilishga asos bo'la oladi. Kolonoskopiya natijalarini taxlil qilishda shunga e'tibor berish kerakki, yo'g'on ichakning distal qismida aniqlangan o'zgarishlar faqat ichburug'gagina emas, balki bir nechta ichak kasalliklarida ham kuzatilishi mumkin. Lekin bu kolonoskopiyaning tashhisotdagi ahamiyatini iskor etmaydi.

Laborator usullardan bemorning ichak ajratmalaridan bakteriologik tekshiruvni musbat natijalari eng ishonchli hisoblanadi. Buning uchun bemor tuvagidan najas kelganidan so'ng darhol olinadi va Petri kosachasiga joylashgan Ploskirev yoki Levin muhitlariga ekiladi. Bemor o'rni oldida ekishning imkoniyati bo'lmaganda najas tampon yordamida olinadi va konservant (20% li glitsirin eritmasi, 0,85% li natriy xloridi) li probirkaga solinadi. Ichakning yuvindi suvlarini bakteriologik tekshirish kerak. Tekshiruv uchun material bemorga antibiotiklar va sulfanilamidlar tayinlanishidan oldin olinishi kerak. Bakteriologik ekishdan ilgari ichak ajratmalariga dezinfeksiyalovchi moddalar bilan ishlov berilmaslik kerak.

Ichburug' tashhisotida koproskopik usul ham katta ahamiyatga ega. Bunda nativ preparatlar yoki xarakatsizlantirilgan va Romanovskiy-Gimza bo'yicha bo'yalgan surtmalarni mikroskop ostida ko'rish mumkin. Bunday surtmalarda yallig'lanish ekssudati hujayralari (leykotsitlar, eritrotsitlar, makrofaglar) ichak epiteliysi va shilliq aniqlanadi. Koprositogramma ma'lumotlari boshqa tashhisot ko'rsatkichlari bilan birgalikda tahlil qilinishi kerak, chunki yallig'lanish ekssudat hujayralari boshqa etiologiyaga mansub kolutlarda ham aniqlanishi mumkin.

Kasallikning 12 kundan keyin agglyutinatsiya reaksiyasini o'tkazish mumkin. Diagnostik titr sifatida 1:200 va undan yuqoriroq nisbat qabul qilingan. Agglyutinatsiya reaksiyasi surunkali ichburug'da muhim ahamiyatga ega, ayniqsa bakteriologik tasdiqlanish bo'lmaganda. Bundan tashqari, ichburug' tashhisotida gemagglyutinatsiya reaksiyasidan ham foydalaniladi. Ushbu reaksiya kasallikning 3-4-kundan boshlab qo'yilishi mumkin. Diagnostik titr sifati 1:160 nisbat qabul qilingan.

QIYOSIY TASHHISOTI. Ichburug'ning yengil shakllari, ayniqsa bemor najasida qon bo'lsasa quyidagi kasalliklar bilan qiyosiy tashhisot o'tkaziladi: bavirusil va to'g'ri ichakning ichkari va tashqi sfinkteri yorilishlari, yo'g'on ichak shilliq qavati polioplarda, sigmasimon va to'g'ri ichakda joylashgan o'smaning parchalanishida.

1. Bavosil va to'g'ri ichakning ichki va tashqi sfinkteri yorilishlarida tana xaroratining ko'tarilishi, kasallikning yuqori xarorat va bosh og'rishi bilan boshlanishi kuzatilmaydi. Bunday bemorlarda najas me'yoriy bo'la turib, ich kelishning oxirida shakllangan najas ustiga qon kichik oqim ko'rinishida joylashadi. Qorinda xurujsimon og'riq bo'lmaydi. Sigma simptomi ham aniqlanmaydi. Kolonoskopiya orqali, ba'zida esa oddiy ko'ruv paytida ichak ko'rilganda, venalarning yorilgan chigallari yoki sfinkterning yoriqlari aniqlanadi.

2. Yo'g'on ichak shilliq, qavatiniq polipozlarida ular ochilib, qonaydi. Najas shakllangan bo'ladi. Qorinda og'riq, sigma simptomi ichak rentgenografiyasida yoki kolonoskopiya polipni oson aniqlash mumkin.

3. Sigmasimon yoki to'g'ri ichakda joylashgan o'smaning parchalanishida ham najasda qon aniqlanadi. Bunday hollarda tashxis kolonoskopiya yordamida tekshirish yoki ichak rentgenografiyasi natijalariga asoslanib qo'yilishi kerak. Gematologik ko'rsatkichlar (gemoglobinning kamayishi, eritrositlarning kamayishi, ECHT ning tezlashishi) birmuncha ahamiyatga ega. Oshqozon sohasidagi og'riq, ko'ngil aynishi, qusish, suyuq, najas o'tkir gastritni gumon qilishga undaydi. Lekin bunda o'tkir, og'ir xazm bo'luvchi ovqat iste'moli bilan bog'liqlik aniqlanadi. Klinik manzarada ovqat iste'molidan so'ng darhol paydo bo'ladigan oshqozon sohasida tarqalgan bosim hissi ustunlik qiladi. Tana xarorati me'yoriy saqlanadi. Bemorni badbo'y hidli va nordon kekirish, jig'ildon qaynashi bezovta qiladi. Qusish bemorga engillik hissini keltiradi. Suyuq najas keyinroq paydo bo'ladi. U tez-tez kelmaydi va patologik aralashmalarsiz bo'ladi. Bir necha soat yoki 1-2 sutka ichida qorindagi og'riqlar yo'qoladi najas meyorlashadi. Tenezmlar va yolg'on chaqiriqlar bo'lmaydi. Qorinning old devori palpatsiyasida meteorizm va yo'g'on ichak og'rig'siz bo'ladi. Sigma aniqlanmaydi. Bunda bakteriologik, koprologik va asbobiy tekshiruv katta ahamiyatga ega. Ichburug'ning o'rta og'ir va og'ir shakllari o'zining klinik ko'rinishlariga ko'ra (yuqori tana harorati, tomirlar va yurak mushaklari tonusini pasayishi, talvasalar, qorindagi og'riqlar, ko'ngil aynishi, qusish, suyuq najas) ovqat toksikoinfeksiyasini eslatadi va qiyoslash uchun qiyinchiliklar tug'dirishi mumkin. Bunday hollarda anamnezni sinchkovlik bilan yig'ish kerak.

Ovqatdan zaharlanish ko'pincha qaysidir ovqatni istemol qilgan bir gypyx shaxslarda kuzatiladi (oila yoki ishxonada). Kasallik qisqa muddatli yashirin davrdan keyin va barcha shaxslarda birdaniga boshlanadi. Ovqat toksikoinfeksiyasining klinik

belgilari va ularning dinamikasi ichburug'dan birmuncha farq qiladi, u o'tkir gastroenterit belgilari bilan boshlanadi. Birinchi bo'lib qusish, so'ng esa ichak faoliyatining buzilishi (ich ketishi) ro'y beradi. Ichburug'da esa u ikkilamchi belgi hisoblanadi. Ovqat toksikoinfeksiyasida qorindagi og'riq kindik va epigastral sohada joylashadi, hamda kam hollarda hurujsimon bo'ladi. Bunda najas mo'l, badbuy hidli, yiring va qon aralash bo'ladi. Sigma aniqlanmaydi. Najas, qusuq massalarini bakteriologik tekshirish katta ahamiyatga ega.

Yuqori tana xarorati mavjudligida salmonellalar guruxini ajratish uchun serologic peaksiya o'tkazish lozim. Kasallikning 11-12 kuniga kelib agglyutinatsiya reaksiyasidan foydalanish mumkin. Surunkali ichburug'ni quyidagi kasalliklar bilan taqqoslash kerak: gastrogen ich ketishlar (gipo- va anatsid gastritlar fonida), gelmintozlar, o't pufagining bakterial infeksiyasi, lyambliyalar yoki toshlar chaqirgan surunkali yallig'lanishi, tireotoksikoz, ichak sili, mezadenit, dekompensatsiya davridagi yurak-tomir kasalliklari, protozoily tabiatga ega kasalliklar (amyobiaz, balantidioz). Gastrogen ich ketishlarda kasallik sekin-asta boshlanadi. Ichburug' esa u qanchalik uzoq cho'zilmasin, u o'tkir kasallik ko'rinishida boshlanadi. Gastrogen ich ketishlarda suyuq, najas yog'li, go'shtli yoki oqsilli ovqat iste'molidan so'ng boshlanadi. Ular badbo'y xidli kekirishi, ozgina ovqat qabulidan keyin ham oshqozon sohasidagi og'irlik xissiga, qorin quldurashiga shikoyat qiladi. Qorinning old devori palpatsiyasida epigastral sohada og'riq aniqlanadi. Yo'g'on ichakning spazmi qayd etilmaydi, ichak xatto gipotonik bo'ladi. Najasda patologik aralashmalar bo'lmaydi. Kolonoskopiyada o'zgarishlar aniqlanmaydi. Uzoq muddatli ich ketish gelmintozlarda qayd etilishi mumkin. Bunda ich ketishi reflektor tarzda gijjalar chiqindilarining ichakning sekretor apparatiga toksik ta'siri natijasida rivojlanadi. Anamnezida kasallik sekin-asta boshlanganligi aniqlanadi. Bemorlar so'lak oqishi, og'zidan noxush xid, och qoringa ko'ngil aynishidan shikoyat qiladilar. Najas suyuq patologik aralashmalarsiz bo'ladi, soni ham ko'p bo'lmaydi. Qorinda xurujsimon og'riqlar, yolg'on chaqiriqlar bo'lmaydi. Qorinning dam bo'lishi aniqlanadi. Sigma simptomi bo'lmaydi. Bemorning terisi rangpar bo'ladi. Bemor ko'p ovqat iste'mol qilsa ham, u ozib ketadi. Kolonoskopiyada o'zgarishlar aniqlanmaydi. Qonda aniqlanuvchi eozinofillar birmuncha diagnostik ahamiyatga egadir. Najas gijjalar yo'qotilgandan so'ng me'yorlashadi. Bakteriyalar, lyambliyalar yoki toshlar sababli rivojlangan o't pufagining surunkali yallig'lanishida bemorlar ayniqsa ko'p ovqat yeganda, yog'li ovqat iste'molidan keyin yoki jismoniy yuklamadan so'ng qovurg'a ostidagi og'riqqa shikoyat qilishadi. Ularda o't ajralishi chegaralangan bo'ladi, yog'lar emulgir lanmaydi va lipaza ta'siri ostida bo'lmaydi.

Bunday sharoitda ichak faoliyatining buzilishi ro'y beradi. Sinchkovlik bilan yig'ilgan anamnez katta ahamiyatga ega. Qorin old devorining palpatsiyasida o't pufagi sohasida og'riq aniqlanadi. Sigma paypaslanmaydi. Kolonoskopiyada shilliq qavatda o'zgarishlar aniqlanmaydi. Koprogrammada shaklli elementlar aniqlanmaydi.

Tireotoksikozda ich ketishi qalqonsimon bezning gormoni-tireodinning vegetativ nerv sistemasiga toksik ta'sir etishi natijasida paydo bo'ladi. Bunda asosan ichaklarning xarakat vazifasi buziladi. Qiyosiy tashhisot vaqtida tireotoksikoz uchun xos simptomlar (subfebril tana harorati, ko'p terlash, yuqori nerv qo'zg'aluvchanlik, taxikardiya, barmoqlar titrashi, ozib ketish, ba'zan ekzoftalmiya va qalqonsimon bezning ko'zga ko'ringan kattalashishi) ni inobatga olish kerak. Bunday bemorlarda najas tez-tez kelmaydi, lekin u suyuq va patologik aralashmalarsiz bo'ladi, Qorinda og'riqlar ham bezovta qilmaydi. Sigma simptomi aniqlanmaydi. Yolg'on chaqiriqlar bo'lmaydi. Koprogrammada shaklli elementlar aniqlanmaydi. Kolonoskopiyada shilliq, qavatda o'zgarishlar aniqlanmaydi, Yakuniy hulosa qilish uchun qalqonsimon bezni radioaktiv yod yordamida tekshirish kerak.

Ichak silida bemor najasida shilliq va qon aniqlanishi mumkin. Bemorlarda chuqur sil yaralaridan qon ketishlar kuzatilishi mumkin. Anamnezda sil bilan kasallangan bemor bilan muloqot bo'lgani qayd etiladi. Qorinda og'riqlar bezovta qilmaydi, faqat o'ng yonbosh sohada paypaslanishida og'riq aniqlanadi. Tenezmlar va yolg'on chaqiriqlar bo'lmaydi. Tana xarorati subfebril bo'ladi. Uning ko'tarilishi kunning ikkinchi yarmida kuzatiladi. Bemorni kuchsiz bosh og'rig'i, ko'p terlash, tez charchash ishtahaning pasayishi bezovta qiladi. Tashxisni aniqlash uchun o'pka rentgenoskopiyasi va rentgenografiyasini o'tkazish lozim, chunki ichak sili ko'pincha ikkilamchi rivojlanadi. Ichak faoliyatining buzilishi sil mezadenitida kuzatilishi mumkin. Kasallik belgilari yashirin holda sekin-asta surunkali sil intoksikatsiyasi fonida rivojlanadi. Kasallik to'lginsimon kechadi, ya'ni zo'rayish davrlari remissiya davrlari bilan almashinadi. Vaqti -vaqti bilan qorinda og'riq va suyuq najas paydo bo'ladi. Najas kelishi soni ko'p bo'lmasa ham, u suyuq, qon va shilliq aralashmalarsiz bo'ladi. Najas kelishi soni ko'payganda va bemor axvolining yomonlashuvida surunkali ichburug' bilan qiyoslashga zarurat tug'iladi. Sil mezadenitida bemorlar bosh og'rishi, ko'p terlash, uzoq muddatli subfebril tana xaroratiga shikoyat qiladilar. Qorindagi og'riqlar yo'g'on ichak bo'ylab emas, balki kindik atrofida va o'ng yonbosh sohasida joylashadi. Og'riqlar jismoniy zo'riqish, yurish, qorinning dam bo'lishi, ba'zan xo'knadan keyin kuchayadi. Qorin old devorining palpatsiyasida kindik atrofida (Mek-fenden simptomi), hamda ingichka ichakning

bog'lanishi yo'nalishi bo'yicha og'riqlik aniqlanadi. Bemorni chap yonboshiga yotqizilganda kindik atrofida og'riqlik aniqlanadi (Kliin simptomi) sigma aniqlanmaydi.

Kolonoskopiyada yo'g'on ichak shilliq, qavatida o'zgarish bo'lmaydi. Sil mezadenitida allergik sinama musbat bo'ladi va qorindagi og'riqning kuchayishi, tana xaroratining ko'tarilishi va ahvolning yomonlashishi qayd etiladi. Streptomisin, ftivazid yoki boshqa spesefik vositalar bilan davolash natijasida bemorning ahvoli yaxshilanadi. Ich ketishi va shilliq-qon aralash najas yurak-tomir kasalliklarining dekompensasiya davrida kuzatilishi mumkin. Bunda qorin bo'shlig'i tomirlarida qon dimlanishi, shish va ichakning so'ruvchi faoliyatining buzilishi uning bo'shlig'iga plazma va eritrotsitlarning o'tib borishi ro'y beradi.

Surunkali ichburug'ni ba'zan protozoy tabiatli - **amyobiaz, balantidioz** kolit bilan taqqoslashga to'g'ri keladi. Amyobali ichburug' issiq iqlimli davlatlarda uchraydi. Balantidioz insonlarga cho'chqalardan yuqadi. Amyobiaz va balantidioz uchun o'ng tomonlama kolit, najasda ko'p miqdordaqon bilan bir tekis bo'yalgan shilliq va shu sababli malinali jele ko'rinishiga ega najas xos. Tashxisni tasdiqlash uchun bemorni najasi kelganidan keyin darhol olgan preparatlarini tekshirish vaqtida amyobalarning to'qima shakllari yoki ichak balantidiyalarni aniqlash mumkin.

Nihoyat, uzoq muddatli ich ketishi oshqozon osti bezi yoki buyrak kasalliklarida rivojlanishi mumkin. Bemorni klinik tekshiruvdan o'tkazish, laborator tekshiruvlar natijalari (qondagi qoldiq, azot va glyukoza, peshobdagi glyukoza va aseton, Zimmitskiy sinamasi, diurezni aniqlash), ko'z tubini tekshirish, A/B ni o'lchash, bemor najasini ichburug'ga bakteriologik tekshirish katta ahamiyatga ega.

Amyobali ichburug' yo'g'on ichak to'qimalariga amyobaning kirib borishi natijasida rivojlanadi. Qo'zg'atuvchisi 1975 yili rus olimi F.A.Lesh tomonidan aniqlangan. Amyobali ichburug'ning 3 ta shakli mavjud:

- 1) vegetativ to'qimali, patogen;
- 2) vegetativ bo'shliqli;
- 3) sistalar.

1. Amyobaning vegetativ to'qimali shakli-patogen parazit hisoblanadi. Uning o'lchami 20-30 mikronni tashkil qiladi, xarakatchan.

2. Vegetativ bo'shliqli amyoba-yo'g'on ichakni yuqori bo'limlarida yashaydi. O'lchami 5-10 mikronni tashkil qiladi.

3. Sistalar odam organizmga tushganda, ularning qobig'i tripsin ta'siri ostida eriydi va ulardan amyobaning yadroli ona shakli chiqadi.

Amyobali ichburug' klinikasi.

Yashirin davri 20-40 kunni tashkil qiladi. Kasallik sekin - asta boshlanadi. Zaxarlanish belgilari kuzatilmaydi yoki kam ifodalangan bo'ladi. Qorinda og'riq doimiy bo'lmaydi. Keyin kolit belgilari kuzatiladi. Najas kuniga 4-10 martagacha keladi. U malina jelesini eslatadi. Bakterial ichburug'dan farqli o'laroq, tenezmlar uzoq muddat (ba'zan yillar) davom etadi.

Balantidioz yo'g'on ichakda yaralar hosil bo'lishi bilan tavsiflanadi. U 1875 yilda Malmsten tomonidan aniqlangan. Qo'zg'atuvchisi balantidium koli - infuzoriyalar sinfi, sodda jonzodlar turiga kiradi. Uning vegetativ shakli tuxumsimon shaklga ega. O'lchami 40-60 mm ni tashkil qiladi. Infuzoriyalar endoplazmasida o'zuqa vakuolalar va kiritmalar mavjud. Kasallik manbai-cho'chqalar. Kasallanish odam organizimiga sistalarning tushishi natijasida ro'y beradi. Balantidiyalar ingichka ichakning bo'shlig'ida ko'payadi, so'ng yo'g'on ichakka tushadi. Ular shilliq qavat nekrozi va yaralar hosil bo'lishini chaqiradi. Kasallik quyidagi shakllarda uchraydi: subklinik, bilinar-bilinmas kechadi; shikoyatlar bo'lmaydi; o'tkir shakli-og'ir kechadi; tez-tez suyuq najas keladi, qorinda og'riq, ko'ngil aynishi, qusish bezovta qiladi, 1-2 oy davom etadi; surunkali shaklida najas kuniga 5-6 marta keladi.

Asoralar: ichakning teshilishi, qon ketishi.

Laborator tashxisoti: najasda balantidiyalar va ularning sistalari aniqlanadi.

Davolash: emiksin, aminoglokozidlar gentamitsin, nifuroxazid kuniga 3 maxal. Profilaktikasi umumiy.

ICHBURUG'NING DAVOSI. Kompleks ravishda olib borilishi zarur asosiy maqsad organizmni iloji boricha tezroq bakteriyadan tozalash, kasallikning surunkali kechishiga o'tib ketmasligini ta'minlash, atrofga qo'zg'atuvchi tarqalishni oldini olish. Ichburug'ni davolashga qaratilgan barcha vositalar 4 ta guruhga bo'linadi:

- 1) spetsifik vositalar ko'proq, qo'zg'atuvchi va uning toksiniga ta'sir etuvchi preparatlar;
- 2) simptomatik preparatlar;
- 3) organizm himoya kuchlarini oshiruvchi vositalar;
- 4) yo'ldosh kasalliklarini davolashga qaratilgan vositalar.

Ichburug' davosi kompleks va qat'iy individual bo'lishi kerak. Bu kasallikning nozologik va klinik shakli (varianti); og'irlik darajasi va davri; asoralar va yo'ldosh kasalliklar mavjudligi, bemorning individual xususiyati bilan belgilanadi. Yotoq

tartibi, odatda, infeksiyon jarayon avj olishi davrida kasallikning og'ir shakli bilan kasallangan bemorlar uchun zarur. Kasallikning o'rta og'ir shakli bilan kasallangan bemorlarga xojatxonaga borishga ruxsat beriladi. Kasallikning yengil shaklida va rekonvalessentlarga palata tartibi va rehabilitatsion hususiyatga ega tadbirlar: davolovchi badantarbiya, mehnat bilan davolash (ovqat tayyorlash va tarqatishdan tashqari) buyuriladi.

Kasallikning o'tkir davrida Pevzner buyicha 4-stol buyuriladi. Bemor ahvoli yaxshilangach, ichak disfunktsiyasi kamaygach va bemorning ishtahasi paydo bo'lgandan so'ng 2 kun, shifoxonadan chiqishga 2-3 kun qolganda esa 15-stol tavsiya etiladi.

Etiotrop vositalar kasallik etiologiyasi, klinik varianti, og'irlik darajasi va davriga muvofiq, ravishda buyuriladi. Etiotrop davolash davomiyligi bemor umumiy axvolining yaxshilanishi, tana xaroratining me'yorlashuvi, ichak faoliyatining me'yorlashuvi (ich kelishining yaxshilanishi, patologik aralashmalarning yo'qolishi). Kasallikning o'rta og'ir kechishida etiotrop davolash 3-4 kun, og'ir kechishida 4-5 kun bilan chegaralanishi mumkin. Erta rekonvalessentsiya davrida ichakning yengil disfunktsiyasi (kuniga 2-3 marta keluvchi bo'tqasimon najas o'rtacha ifodalangan meteorizm belgilari) etiotrop davolashning davom ettirilishiga asos bo'la olmaydi. Bunday vaziyatlarda ro'y bergan disbakteriozni bakterio preparatlar yordamida bartaraf etishga, organizmning himoya kuchlarini oshirishga qaratilgan rag'batlantiruvchi davolashni o'tkazishga e'tiborni qaratish kerak.

Yengil kechayotgan ichburug'da, agar najasda qon va shilliq bo'lsa quyidagi preparatlardan biri buyuriladi: nitrofuranlar (furazolidon, ertsefuril (nifuroksazid) 0,2 dan kuniga 4 mahal. Ichburug'ning o'rta og'ir kechishida ftorxinolonlar guruxi preparatlar: ofloksatsin 0,2 g dan kuniga 2 mahal, yoki siprofloksatsin 0,25 g dan kuniga 2 mahal; kotrimoksazol 2 ta tabletkadan kuniga 2 mahal buyuriladi.

Ichburug'ning og'ir kechishida ofloksatsin 0,4 g dan kuniga 2 mahal yoki siprofloksatsin 0,5 g dan kuniga 2 mahal; ftorxinolonlar aminoglikozidlar bilan birgalikda, yoki sefalosporinlar bilan birgalikda buyuriladi. Davolashning birinchi 2-3 kunida preparatlar parenteral, so'ng enteral kiritiladi, Fleksner va Zonne bakteriyalari chaqirgan ichburug'da Fleksner va Zonne shigellalarining o'ziga xos lizisini chaqiruvchi polivalent ichburug' bakteriofagi buyuriladi. Preparat suyuq holda va kislotalar ta'siriga chidamli tabletkada ko'rinishida chiqariladi. Uni ovqatlangandan 1 soat ilgari 30-40 ml dan kuniga 3 mahal, yoki 2-3 tabletkadan kuniga 3 mahal ichish uchun beriladi. Suyuq bakteriofagni to'g'ri ichakka ham yuborish mumkin. Kasallikning yengil kechishida suyuqlik va elektrolitlar yo'qotilishining o'rnini bosish uchun glyukozo-elektrolit eritma peroral kiritish

uchun qo'llaniladi. Uning tarkibi quyidagicha: natriy xloridi 3,5 g, natriy gidrokarbonati 2,5 g, kaliy xloridi 1,5 g, glyukoza (oziq-ovqat shakari) - 20 g. Bularning hammasi 1 litr ichimlik suvida eritiladi. Bundan tashqari, tayyor eritmalar (sitroglyukosalan, regidron, peditral, ORSA va boshq.) dan foydalanish mumkin. Ushbu eritmalarini oz-ozdan ichish uchun beriladi. Ichilgan suyuqlik miqdori uning najas va peshob orqali yo'qotilishidan 1,5 marta ko'proq, bo'lishi kerak. Suvsizlanish sindromisiz kechayotgan o'tkir yuqumli ichak kasalliklari (O'YuIK) ning o'rta og'ir va og'ir shakllarida patogenetik davolash o'z ichiga zaxarlanishga qarshi vositalarni olishi lozim. Kolitik sindrom ustunligi va tana xaroratining oshishi 38° S dan ortiqroq bo'lishi bilan kechuvchi O'YuIK ning o'rta og'ir shakli bilan kasallangan bemorlarga shirin choy yoki glyukozaning 5%li eritmasini, tayyor eritmalardan biri (glyukosalan, regidron, ORSA va boshqa) ni ko'p miqdorda (kuniga 2-4 gacha) ichish tavsiya etiladi. Og'ir zaxarlanishda infuzion-dezintoksikatsion davolash buyuriladi. Unga ko'ra, vena ichiga 10% li albumin eritmasi. Glyukokortikoidlar (60 ml prednizolon parenteral) yaxshi dezintoksikatsion va gemodinamikani yaxshilovchi samara ko'rsatadi. O'YuIK ning gastroenteritik variantida tibbiy yordamni oshqozonni suv yoki natriy gidrokorbonatining 0,5% li eritmasi bilan yuvishdan boshlash kerak. Buning uchun oshqozon zondidan foydalanish kerak. Zondsiz yuvish faqat ommaviy kasallanish kuzatilganda qo'llanilishi mumkin. Shundan so'ng organizmga yetarli miqdorda suyuqlik va elektrolitlarning kirib borishini ta'minlash zarur. Glyukoza-tuzli eritmalar bilan peroral davolash yaxshi samara beradi. Agar og'iz orqali eritmalarini yuborish uchun imkon bo'lmasa, unda ularni vena orqali yuborish kerak. Agar bemorda suvsizlanish belgilari kuzatilmasa, bemorga jadal infuzion davolash o'tkazilishi kerak. Ushbu davolash 2 bosqichda amalga oshiriladi: - davolash boshlanishiga qadar rivojlangan suyuqliklar va elektrolitlar yetishmovchiligini bartaraf etish (birlamchi regidratatsiya); davolash mobaynida davom etayotgan yo'qotishlarni to'ldirish (kompensator regidratatsiya). Ichakda toksinni bog'lash va uni organizmdan chiqarib yuborish uchun enterosorbentlardan birini (smekta 1 paketchadan kuniga 2 mahaldan) tayinlash kerak. Toksinlarni faolsizlantirish uchun fermentli preparatlar; pankreatin, panzinorm, rux preparatlari bilan birgalikda beriladi. Og'ir gemorragik kolitli bemorlarga kasallikning birinchi 2-3 kunida geparin 5 ming TB dan kuniga 3 mahal teri ostiga yuboriladi. Geparin bilan davolash koagulogrammaning nazorati ostida o'tkazilishi kerak. Yo'g'on ichak spazmini bartaraf etish uchun quyidagi preparatlardan biri: no-shpa 0,04 g dan kuniga 3 mahal tavsiya etiladi. Kuchli og'riqda no-shpaning 2% li eritmasidan 2 ml mushak ichiga yoki platifillin gidrotartratning 0,2% li eritmasidan 1-2 ml teri ostiga kiritiladi. Shuningdek,

burushtiruvchi vositalar- vikalini yoki vikairni 1 tabletkadan kuniga 2-3 mahal berish kerak. Kasallikning cho'zilib kechishi, davomli bakteriya ajratilishida himoya kuchlari zaiflashgan, immun tanqisligi belgilarida quyidagi preparatlardan biri: pentoksil 0,25 g dan kuniga 3 mahal ovqatdan keyin, metiluratsil 0,5 g dan kuniga 3 mahal ovqatdan keyin, natriy nukleinati 0,1 g dan kuniga 3 mahal, dibazol 0,02 g dan kuniga 3 mahal ovqatdan 2 soat oldin yoki 2 soat keyin buyuriladi. Bemorlarga butun davolanish davrida vitaminlar kompleksi (S vitamini 500 - 600 mg/sut; nikotin kislotasi 60 mg/sut, tiamin va riboflavin 9 mg/sut) buyuriladi. Ifodalangan kolitik sindromli bemorlarda ichak biosenozini tiklash maqsadida *Saccharomices Boulardi* – Enterol 250 preparati kuniga 2 mahal 5 kun mobaynida beriladi, bifidumbakterin, laktobakterin, kolibakterinlar xam foydalidir. Og'iz bo'shlig'i yoki ichak kandidozi rivojlanganda zamburug'larga qarshi vositalardan biri: nistatin 3-4 mln TB dan kuniga 3 mahal 12-14 kun mobaynida, ketokonazol 0,2-0,4 g dan kuniga 1 mahal ovqatlanish vaqtida 12-14 kun mobaynida, flukonazol 0,2 g dan birinchi kuni, so'ng 0,1 g dan kuniga 1 mahal buyuriladi.

Surunkali (qaytalanuvchi va uzluksiz) ichburug'ni davolash yuqumli kasalliklar shifoxonasida o'tkazilishi kerak. Davolash quyidagilardan iborat:

- etiotrop davolash - ftorxinolonlar siprofloksatsin 0,5 g dan kuniga 2 mahal yoki, ofloksatsin 0,2 g dan kuniga 2 mahal 7 kun davomida; immunitet holatidan kelib chiqqan holda-timalin, timogen preparatlari;

Fermentlar bilan davolash panzinorm, festal, pankreatin, kreon, pepsin ishlatiladi;

- vitaminlarning yuqori sutkalik dozalari;

- yo'ldosh kasalliklar, gijjalar va sodda ichak tayoqchalari chaqirgan ichak infeksiyalarni davolash;

- ichak biosenozini tiklash uchun *Saccharomices Boulardi*, bifidumbakterin-forte, laktobakterin berish.

Ichburug' bemorlarini davolaganda kasallik oqibati ko'pincha yaxshi. Lekin ba'zi hollarda o'lim bilan yakunlanish ham uchraydi.

KASALLIK O'CHOG'IDAGI TADBIRLAR VA PROFILAKTIKASI.

O'tkir ichburug' bilan kasallangan bemorlar klinik sog'ayish (tana xaroratining, najasning me'yorlashuvi, zaxarlanish belgilarining yo'qolishi, qorinda og'riqlar, spazm va ichak og'riqlarining bo'lmasligi, bir marotaba nazorat uchun o'tkazilgan najasning bakteriologik tekshiruvda (u etiotrop davolashdan so'ng 2 kun o'tgach o'tkaziladi) ifodalangan patologik o'zgarishlar aniqlanmaganda bemorlar shifoxonadan chiqarilishi mumkin.

Kasallik o'chog'ida bemor shifoxonaga yotqizilgandan so'ng muloqotdagilarni 7 kun davomida kuzatiladi. Karantin 7 kunga qo'yiladi. Oziq ovqat maxsulotlari bilan ishlovchi xodimlar, maktab va bog'cha bolalari, shifokorlarni najasi albatta ichak tayoqchalariga ekiladi. Javob chiqqunga qadar xar kuni vrach nazoratida bo'ladilar. Agar ichak tayoqchalari taxlili yomon bo'lsa karantin yana cho'ziladi. Bemor shifoxonadan chiqqanidan so'ng 1 oyga dispanser nazoratiga olinadi. Bir oyda taxlil yomon chiqsa 3 oy dispanser nazorati o'rnatiladi. Agar oziq-ovqat maxsulotlari bilan ishlovchilar taxlili yomon bo'lsa ishga ruxsat berilmaydi.

2-MAVZU. SALMONELLYOZLAR.

Salmonellyozlar zoonopronoz, ya'ni ham xayvonlarda, ham odamlardan yuqadigan va ko'pincha gastroenterit simptomlari bilan, ba'zi hollarda, esa tarqoq infeksiya belgilari bilan ta'riflanadigan o'tkir yuqumli ichak kasalligidir. Salmonellalar 2 guruhga bo'linadi:

1. Ich terlama, paratif A va V chaqiruvchisi paratif hisoblanadi.
2. Salmonellyoz kasalligini odam va hayvonlarda qo'zg'atuvchisidir.



1-rasm. Salmonellezli bevor

ETIOLOGIYASI

Salmonellezni qo'zg'atuvchi mikroblar salmonellalar avlodi va ichak bakteriyalari guruhiga mansubdir. Ko'rinishi tayoqchaga o'xshaydi. Xivchinlari bor, spora va kapsula xosil qilmaydi. Gramm manfiy. Hamma ozuqa muhitlarida ko'payaveradi. Salmonellalar fakultativ anaerobdir, ular parchalanganda endotoksin ajralib chiqadi. Endotoksinning termostabil O-antigeni, termolabil N-antigeni va M, T, K antigenlari ham bor. O-antigenning tarkibiga kiruvchi termolabil Vi-antigen hisoblanadi, bu qorin tifi salmonellalarining bir qancha namoyondalarini o'z ichiga oladi. Antigen tuzilishi qiyin bo'lishiga qaramasdan salmonellelarning serologik diagnostikasida uchta asosiy antigenga e'tibor qilinadi (O-H-Vi). O-antigeni strukturasi bir necha guruhlariga bo'linadi: A, V, S, D, Ye va xokazo, xivchinli N-antigenning esa bir necha serovarlari mavjud. Salmonellalarning 2000 ga yaqin serologik hillari ma'lum bo'lib, ulardan 700 dan ko'prog'i odamlarda uchraydi.

Ularning quyidagilari tez-tez uchrab turadi:

S. Heidelberg, S. Typhi murium, S. Enteritidis, S. Panama, S. Newport, S. Anatum, S. Derby. S. London.

Salmonellalar tashqi muhitga ancha chidamlidir: suvda 120 kun, go'sht, kolbasa va shu kabi ozuqalarda 2-4 oygacha, sutda 10 kungacha, saryogda 4 oycha, pishloqda 1 yilgacha, tuproqda 18 oygacha tirik saqlana oladi. Ba'zi maxsulotlarda, masalan, go'shtda ular tirik saqlanibgina qolmay, balki ko'payadi ham, bunda maxsulotlarling tashqi ko'rinishi va mazasi o'zgarmaydi. Tuzlash va dudlash ularga kam ta'sir qiladi.

EPIDEMIOLOGIYASI.

Infeksiyaning asosiy manbai uy hayvonlari (qoramol, cho'chqa. ot. eshak. mushuk, it), parrandalari (tovuq, o'rdak, g'oz, kaptar), yovvoyi xayvonlar (kemiruvchilar, tulkilar), baliqlar va boshqa xayvonlardir. Salmonellalar shu xayvonlarning suti, siydigi, axlati, so'lagi bilan tashqariga chiqib, tuproq, yaylov yerlar, suv xavzalari, o't-xashakka tushadi va ularni yuqumli qilib qo'yadi.

Salmonellalar bilan ifloslangan go'sht va sut mahsulotlarini, baliq. Tuxum va boshqa mahsulotlarni iste'mol qilish oqibatida kasallik odamlarga yuqadi.

Salmonelyoz bilan og'rikan bemor va bakteriya tashib yuruvchi odam ham infektsiya manbai bo'lib xisoblanadi. Bunday kishilarning oziq-ovqatga aloqador joyda, shunngdek bolalar muassasalarida ishlashi juda xavflidir.

Salmonellez muloqot yo'li bilan ham yuqishi mumkin. Bunda u salmonellalar bilan ifloslangan idish tovoqlar. o'yinchoqlar va boshqa buyumlar orqali yuqadi. Va nihoyat, salmonella havo-chang orqali yuqishi ham mumkin. Chunki salmonellalar 20-25 darajali xaroratda 80 kunga qadar tirik saqlana oladi. Yoz va kuz oylarida salmonellalar bilan ifloslangan biror ovqatni birdaniga ko'p odam iste'mol qilish natijasida (masalan. to'y-xashamda) salmonellez ba'zan epidemiya ko'rinishida bo'ladi. O'sha ovqatdan iste'mol qilganlarning deyarli hammasi bir-ikki kun ichida kasallanadi. Suv orqali tarqaluvchi salmonellezlar ham uchrab turadi. Tug'ruq vaqtida chaqaloq zararlanishi mumkin, bu salmonellezning transplasental yuqish yo'lidir. Shifoxona ichi salmonellezi ko'p uchrab turadi. Tug'ruq uylarida, shifoxonalarda, yopiq bolalar muassasalarida shifoxona ichi infektsiyasi tez tarqaladi.

S. Typhi murium hisoblanadi. Bu "**Gospitall shtamm**" deb ham nomlangan.

2 yoshgacha bo'lgan bolalar salmonellezga moyil bo'ladi. Bu yoshdagi bolalar kasallanishi 5-10 marta yuqori bo'ladi.

PATOGENEZI. Salmonellalar ovqat orqali me'da-ichak yo'liga tushadi. Me'dada xlorid kislota ta'sirida salmonellalarning ko'pchiligi xalok bo'ladi. Ozuqa moddalari ichida o'ralib



2-rasm. Salmonellezning avji davri

qolganlari bu noqulay sharoitni yengib o'tib, ingichka ichakka tushadi, so'ngra ichak shilliq pardasidagi retikuloendotelial to'qimasiga kiradi va shu yerda ko'paya boshlaydi. Salmonellalar limfa tomirlari bo'ylab mezenterial tugunlar-charvi limfa tugunlariga o'tadi va shu joyda ba'zan hammasi halok bo'lib ketadi, unda limfositlar va makrofaglar katta rol o'ynaydi.

Ba'zi hollarda charvi limfa tugunlaridagi fagositlarda salmonellalar uzoq vaqt xalok bo'lmay tirik saqlanishi mumkin. Ana shu salmonellalar qaytadan limfa tomirlari orqali ichakka tushadi. Bunda kasallik simptomlari bo'lmaydi va odam bakteriya tashuvchi bo'lib qoladi.

Ko'pincha mezenterial limfa tugunlarida (charvi bezlarida) salmonellalar ko'rinishida davom etadi. Ularning bir qismi parchalanib endotoksin ajralib chiqadi. Endotoksin har xil a'zo va tizimlarga ta'sir qiladi va buning natijasida adenilattsiklaza faollashadi, xujayralarda biologik faol moddalar miqdori ko'payadi. Natijada enterit boshlanadi. Me'da ichak yo'li faoliyati buziladi. Endotoksin ta'sirida vazomotor falaj kuzatilib, qon bosimi pasayib ketadi. Bosh miya faoliyati ham toksin ta'sirida buziladi va tif holati paydo bo'ladi. Toksinning miyaga ta'siri natijasida gipotermiya boshlanadi, nafas va tomirlarni harakatlantiruvchi markazlar faoliyati izdan chiqadi. Toksin ta'sirida suv-tuzlar almashinuvi buzilib, organizmni suvsizlaiish (degidratatsiya) holatiga keltirib qo'yadi. Salmonellalar zo'r berib ko'payishi va ko'plab parchalanishi natijasida ajralgan endotoksik shok holatiga sabab bo'lishi mumkin. Endotoksik shok yuz berganda qonning ivish tizimi zararlanadi, mikrosirkulyatsiya izdan chiqadi va to'qimalarda kislorod yetishmaydi (gipoksiya), bu esa o'z navbatida moddalar almashinuvining buzilishi atsidoz boshlanishi, qonda mochevina va qoldiq azotni ko'payishiga, har xil a'zolar hujayralarining distrofiya va nekrozga uchrashiga sababchi bo'ladi.

Shunday qilib, salmonellez patogenezi mohiyat etibori bilan toksinemiya va bakteremiyaga bog'liq. Keyinchalik organizmning himoya mexanizmlari kuchayib,

qondagi salmonellalarni retikuloendotelial sistema va parenximatoz a'zolar qamrab oladi va asta-sekin parchalaydi, buning natijasida organizm salmonellalardan xalos bo'ladi. Bemor organizmining himoya quvvati yetarli bo'lmagan xollarda u bakteriya tashuvchi bo'lib qoladi.

Bakteriemiya qisqa muddat davom etgan hollarda salmonellezning gastrointestinal shakli rivojlanadi. Organizm kuch-quvvati kam bo'lganda (bolalar va qarilarda) bakteriemiya uzoq cho'ziladi va salmonellyoz tarqoq shaklga aylaiib ketadi.

PATOLOGIK ANATOMIYASI. Mashhur olim I.V.Davidovskiy salmonellezni ikki formasiga ajratadi:

1. Toksik shakli - bu shaklida me'da-ichak yo'li shilliq pardasi shishgan va unda qon quyilgan bo'ladi. Ichak shilliq pardasida yuzaki nekrozlar uchraydi.

2. Septikopiemik shakli. Bunda ichak shilliq pardasida o'zgarishlar juda kam bo'ladi. Ammo ichki organlar, ayniqsa o'pkada juda ko'p metastatik yiringli o'choqlar topiladi.

KLINIKASI. Yashirin davri 6-8 soatdan 2-3 kungacha cho'ziladi. Ko'pincha 12-24 soat davom etadi. Salmonellezning quyidagi klinik shakllari uchraydi:

Vorotintseva N.V. 1988 yil klassifikasiyasi

Tipi	Klinik formalari	Og'irligi	Kechishi
Tipik formasi	1. Oshqozon ichak – gastrit, enterit, gastroenterit, enterokolit, kolit. 2. Tifsimon 3. Septik	Yengil O'rta og'ir Og'ir	O'tkir (1oygacha) Cho'zilgan(3oygacha) Surunkali(3oydan ortiq)
Atipik formasi	1. Bilinar bilinmas. 2. Subklinik.		

Gastrointestinal shakli. Kasallikning bu xili to'satdan boshlanadi va dispeptik alomatlar bilan ta'riflanadi. Odatda bemor a'zoyi badani titrab, xarorati ko'tariladi va gastrit, gastroenterit simptomlari yaqqol ko'rinadi. Xarorat 3-4 kundan so'ng pasayadi. Kasallikning bu xili o'tkir gastrit, gastroenterit, gastroenterokolit ko'rinishida o'tadi.

O'tkir gastrit. Bemor darmoni qurib, ko'ngli ayniydi, ishtahasi bo'g'iladi, qorni og'riydi, badani qaqshaydi, xarorati sal ko'tariladi (subfebril darajagacha).

Ko'pincha bemor bir yoki bir necha marta qayd qiladi. Ba'zan umuman qusmaydi. Bemorning rangi oqargan, tili karash bilan qoplangan bo'lib, pulsi tez uradi, qorin ogriydi. 1-2 kun ichida sog'ayib ketadi.

O'tkir gastroenterit. Salmonellezning bu ko'rinishi ko'p uchraydi. To'satdan boshlanadi. Bemor eti uvishib, qaltiraydi, harorati ko'tarilib, 2-4 kun yuqori darajada turadi. Ko'ngli aynib, ketma-ket qusadi, so'ngra shir-shir ichi keta boshlaydi. Bir kecha kunduzda bemorning 15 marta ichi ketadi. Bemor axlati suyuq, yashil rangda va badbo'y bo'ladi. Bemorning ahvoli anchagina og'ir bo'ladi, darmoni quriydi. a'zoyi badani zirqillab og'riydi, ishtahasi yo'qoladi.

Ko'pchilik bemorlarning rangi odatda oqarib turadi, lekin ba'zan bir oz qizarishi ham mumkin, labiga uchuq toshadi. Tomiri tez uradi. Qon bosimi pasayadi. Tili qalin oq yoki kulrang karash bilan qoplanadi. Ba'zan kollaps boshlanishi mumkin.

Qon tekshirilganda gemaglobin va leykositlarning soni ozgina ko'paygani, ECHT normal ekani aniqlanadi. Sal'monellezning bu ko'rinishi 1-4 kun davom etadi, ba'zan uzoqroq cho'ziladi. O'tkir gastroenterit yengil, o'rta og'ir va og'ir o'tishi mumkin.

Salmonellezga aloqador o'ta o'tkir gastroenterit avvalo kuchli intoksikatsiya bilan kechadi. Bemorning to'satdan eti uvishib, qaltiraydi va harorati ko'tariladi, boshi aylanib. qattiq og'riydi. Kasallik boshlanishidayoq kollaps bo'lishi mumkin. Bemor ketma-ket, varaq-varaq qusaveradi, beto'xtov shir-shir ichi ketadi. Bemor axlati huddi vabo kasalligidek yovg'on xo'rdaga o'xshaydi. Ko'p o'tmay organizmda suvsizlanish holati boshlanadi. Bemor birinchi kunidanoq ozib ketadi, ko'zlari ichiga tushib, yuzi chakak bo'lib qoladi, umuman rangi so'lib, ko'kimtir tus oladi. Qon bosimi pasayadi, oliguriya yoki anuriya bo'ladi. Bemorning ovozi chiqmaydi, oyoq qo'l muskullari tortishib og'riydi. Ko'pincha pnevmoniya, nefrozonefrit alomatlari aniqlanadi. O'z vaqtida tegishli davo choralari amalga oshirilmasa bemor nobud bo'lishi mumkin.

Salmonellezning gastroenterokolitik hilida yuqorida aytilgan simptomlardan tashqari kolit sindromi aniqlanadi. Kamdan-kam hollarda bemorda faqat kolitik sindromi bo'ladi xolos. Bunda yo'g'on ichakning hammasi zararlanadi. Kolonoskop bilan tekshirilganda kataral, kataral-gemorragik proktosigmoidit manzarasi ko'riladi.

Tarqoq shakli. Bu shakldagi kasallikning asosiy simptomi haroratning yuqori ko'tarilishidir. Kasallik ba'zan harorat ko'tarilishidan tashqari gastroenterit alomatlari bilan boshlanadi. Boshqa hollarda faqat harorat ko'tariladi va intoksikasiya alomatlari bo'ladi. Bemorning boshi, muskullari og'riydi, uyqusi buziladi. Ko'zi va shilliq pardalari sal sarg'ish tusga kiradi. Ko'krak va qorin terisida toshma ko'rinadi.

Ko‘pincha uchuq toshadi, puls soni kamayadi (nisbiy bradikardiya), yurak tonlarini bo‘g‘iqlashadi, tilni karash bosadi, qorni dam bo‘lib, jigar va taloq kattalashadi.

Bemor darmoni qurib bo‘shashgan holda jim yotadi. Ba‘zan meningoensefalit belgilari aniqlanadi. Boshqa hollarda o‘tkir glomerulonefrit, nefrozonefrit, nekrotik nefroz va pielit, hamda tsistit alomatlari ko‘riladi.

Salmonellezning septik shakli uzoq davom etadigan harorat, qayta-qayta et uvushib badani qaltirashi va turli septik asoratlari bilan ta‘riflanadi. Bemor ba‘zan xuddi qorin tifidagiga o‘xshab bo‘shashgan holda karaxt bo‘lib yotadi. Salmonellezning tifga o‘xshash shakli deb shunga aytiladi. Qon tekshirilganda ba‘zan leykopeniya, nisbiy limfotsitoz aniqlanadi. Boshqa hollarda xuddi sepsisdagiga o‘xshash gipoxrom anemiya, leykotsitoz, ECHT tezlashgan bo‘ladi.

Salmonellezning tarqoq shakli 6-10 kun, bazan 35 haftagacha cho‘ziladi.

Bakteriya tashuvchilik. Ko‘pincha bakteriya tashuvchilik hodisasi aksariyat salmonellez kasalligidan sog‘aygan kishilarning ba‘zilarida aniqlanadi. Juda kamdan-kam hollarda kasal bo‘lmagan shaxslarda ham uchraydi. Bakteriya tashuvchilik qisqa muddatli va uzoq cho‘ziladigan bo‘lishi mumkin. Salmonellalar odam organizmida saprofitlar tariqasida uzoq yashashi mumkin. Turli sabablar ta‘sirida organizmning himoya kuchlari susaysa, boyagi saprofit salmolellalar faollashib, ko‘paya boshlaydi va kasallikka sabab bo‘ladi.

Laborator tashhisoti. Bakteriologik va serologik usullar qo‘llaniladi. Bakteriologik usulda bemorning qoni, axlati, qusuq massasi, siydigi, me‘da yuvindisi, o‘n ikki barmoq ichagidan zond yordamida olingan shilimshiqlar tegishli ozuqa muhitiga ekiladi.

Serologik usul yordamida bemor qonida antitanachalar bor-yo‘qligi aniqlanadi. Antitanachalar qonda kasallikning 5-7 kunlaridan boshlab paydo bo‘lib, keyingi titri ortib boradi. Ko‘pincha agglyutinasiya reaksiyasi qo‘yiladi.

RNGA- egri agglyutinatsiya reaksiyasi va komplementni bog‘lash reaksiyasi – KBR sezuvchandir.

Salmonellalarni aniqlash maqsadida immunoflyuretsent usulidan ham foydalaniladi.

QIYOSIY TASHHISOTI. Salmonellezni ichburug‘, esherixiozlar, stafilakokkli enterokolit, rotavirusli gastroenterit, invaginatsiya, ich terlama va boshqa etiologiyali sepsis, vabo, zaxarli kimyoviy moddalar bilan zaxarlanishi va miokard infarktidan farqlash zarur.

Ichburug‘da bemor qorning chap tomoni burab og‘riydi, keyinchalik bezovta qiladi, axlati qon aralash shilimshiqdan iborat bo‘lib, oz-ozdan keladi, xidi bo‘lmaydi. Kolonoskopiyada yo‘g‘on ichak shilliq pardasining qizarib

yallig'langanligi, eroziya va yaralar borligi ko'rinadi. Laboratoriya usuli bilan tekshirilganda tegishli ijobiy natijalar olinadi. **Salmonellyozda** kolitik sindromning ichburug'dan farqi ichning ko'p, suvsimon. balchiq rangida, badbo'y bo'ladi. Tenezm va anusning ochilishi xarakterli emas. Ichburug'da esa davom etuvchi isitma, qaytalanuvchi qayt qilish, toksikoz-eksikoz bilan, qorinning dam bo'lishi, jigar va taloqning kattalashuvi xos emas, bu belgilar salmonellezga xosdir.

Vaboda xarorat ko'tarilmaydi, qorin og'rimaydi, ko'ngil aynimaydi, kasallik ich ketishdan boshlanadi, axlati xidsiz, xuddi yovg'on xo'rdaga o'xshash bo'ladi. Organizmda suvsizlanish belgilari paydo bo'ladi, oyoq-qo'l muskullari, ayniqsa boldir muskullari tortishib og'riydi. Vabo tashxisi to'g'risidagi masala bakteriologik usul bilan tekshirilganda axlatda, yoki qusuqda vibriyon topilgach, uzul-kesil hal bo'ladi.

Esherixiozlarni salmonellezlardan qiyin ajratiladi. Tashxis bakteriologik va serologik tekshiruvlardan keyin tasdiqlanadi.

Stafilokokkli enterokolit bolalarda omfalit. piodermiya va onasida mastit, endometrit va kuyitka bo'lsa, ichaklardagi o'zgarish uzoq davom etgan subfebril xarorat fonida bo'ladi.

Rotavirusli gastroeneterit o'tkir boshlanadi. Isitma va qayt qilish 2-3 kun davom etadi. Ichning suvsimon, ko'piksimon, shilimshiq aralash kelishi, qon tomchilarsiz kelishi xarakterli. Qorin dam, ichak yo'llarida churillashlar, epigastral sohada og'riq bo'ladi. Kasallik 5-7 kun davom etadi. Ilk yoshdagi bolalarda toksikoz rivojlanishi mumkin.

Adenovirusli va enterovirusli infeksiyada diareya sindromi boshqa asosiy kasallik fonida bo'ladi.

Invaginatsiya birdan bola bezovtaligi bilan boshlanadi. Istimasi normal, ichi avval axlat, so'ng shilimshiq, tiniq qon rangida bo'ladi. Chuqur palpatsiyada invaginar qo'lga uriladi. Rektal tekshiruvda qo'l panjasida qon bo'ladi. Rentgenologik tekshiruvda aniq tashxis qo'yiladi.

Ich terlamada to'lqinsimon istima, qattiq bosh og'rishi, yaxshi eshitmaslik, alaxlash, oshqozon hazm yo'llaridagi kam rivojlangan o'zgarishlar bo'ladi. Diagnostika uchun anamnez, laborator tekshiruvlarga asosan gemokultura asosiy rol uynaydi.

Septik holatlar faqat laborator tekshiruvlardan so'ng aniqlanadi.

Kimyoviy moddalar bilan zaxarlanish (xlororganik va fosfororganik moddalar bilan) yuz berganida odamni xiqichoq tutadi, ko'kragi qisib, tili, tomog'i, ko'zi achishaveradi, qulog'i shang'illaydi. Ko'zdan yosh oqib, qo'llar qaltiraydi, oyoq-qo'l muskullari bo'shashadi.

Miokard infarkti ko‘pincha keksayib qolgan kishilarda uchraydi. Miokard infarktidan oldin odatda ko‘krakning chap tomonida vaqti- vaqti bilan stenokardiya xuruj qilib turadi, ya’ni bemorni yurak sohasidagi og‘riq bezovta qiladi. Infarkt kuchli og‘riqdan boshlanadi. Infarktning gastritik shaklida (asosan oshqozon sohasida, ya’ni kindikdan yuqorida kuchli og‘riq bezovta qiladi) og‘riq to‘sh suyagi, kurak va qo‘lga o‘tadi (irradiasiya). Bundan tashqari miokard infarktda yurak-chap qorin faoliyatining sustligiga xos simptomlar masalani xal qiluvchi rol o‘ynaydi.

DAVOSI. Salmonellezning gastrointestinal shaklida asosan patogenetik davolash usullari amalga oshiriladi. Ular quyidagilar:

1. Dezintoksikasion terapiya.
2. Suv-elektrolit almashinuvini me’yorlashtirish.
3. Gipoksemiya va metabolik asidozga qarshi choralar.
4. Gemodinamikani normal holda saqlab turish.

Salmonellezning gastrointestinal shaklida avvalo bemor medasi yaxshilab qayta-qayta yuviladi. Kasallik yengil o‘tganda bemorga 4-parxezda ko‘zda tutilgan ovqatlar va ko‘p miqdorda suyuqlik berish glyukoza elektrolit eritmasi (regidron, glyukosan, ORSA) tayinlanadi (peroral regidratatsiya) bemor qancha suyuqlik yo‘qotgan bo‘lsa, shuncha suyuqlik ozgina-ozginadan ichiriladi.

Kasallik o‘rtacha og‘irlikda o‘tgan hollarda, gemodinamika izdan chiqmagan bo‘lsa va bemorning qusishi kam kuzatilganda ham peroral regidrotasiya bilan kifoyalaniadi.

Gemodinamika izdan chiqqanda va bemor tez-tez qusib turgan hollarda poliionli-tuzli eritmalar (asesol, xlasol, trisol, kvartasol) bemor venasiga yuboriladi. Suvsizlanishning darajasiga qarab bir kecha-kunduzda 500 ml dan 2-3 litrgacha va bundan ham ko‘proq suyuqlik yuboriladi. Ringer-Laktat, reosorbilakt, 0,9% li natriy xlor, glyukozaning 10% li eritmalar intoksikatsiya alomatlarini kamaytiradigan boshqa dorilar 200-400-600 ml miqdorda tomchilab venaga yuboriladi.

Neyrotoksikozda miya shishi va uning rivojlanishini oldini olish uchun diuretiklar (laziks. mannitol). Kortikosteroidlar (gidrokortizon, prednizolon, istimani tushiruvchi va litik aralashma), talvasaga qarshi (seduksen, GOMK, pipolfen), yurak glikozidlari (korglyukon. strofantin, kurantil) qo‘llash maqsadga muvofiqdir.

Etiotrop davo uchun nifuroksazid va polivalent salmonellyoz bakteriofagidir. 2-6 oygacha-10ml, 6-3 yoshgacha-20 ml, 3 yoshdan yuqorisiga -50 ml ichishga tavsiya qilinadi.

Yurak tomir sistemasi faoliyatini jonlantirish uchun kordiamin, efedrin, mezaton, noradrenalin, strofantin "K" ishlatiladi.

Intoksikatsiya alomatlari kuchli bo'lgan hollarda qisqa kurslar holida kortikosteroidlar qo'llaniladi. 1-3 kun davomida bir kecha-kunduzda 90-180 mg dan prednizolon venaga yuboriladi. Bemor organizmida sensibilizatsiya holatini kamaytirish uchun dimedrol, suprastin, pipolfen, diazolin, fenkorol tayinlanadi.

Bemorga yetarli miqdorda oson xazm bo'ladigan, engil ovqatlar beriladi. Suyuqlikni ko'p ichish foydalidir.

Salmonellezning gastroenterit shaklida patogenetik davolash choralarining o'zi kifoya, antibiotiklarga ehtiyoj bo'lmaydi. Tarqoq shakllarida ta'sir doirasi keng antibiotiklar (seftriokson, ampicillin, gentamisin) ishlatiladi. Antibiotiklarni nifuroksazid bilan birga ishlatish davolash nafini ancha oshiradi. Bu dorilar bilan bir vaqtda bemor organizmi himoya kuchlarini oshiradigan preparatlarni buyurish maqsadga muvofiqdir.

Salmonellezning gastrointestinal shakli og'ir intoksikatsiya bilan o'tayotgan holda ham antibiotiklar ishlatiladi. Bunda antibiotiklar 5-6 kun davomida berib boriladi. Tarqoq shakllarida ular 10 kun ishlatiladi.

Bemorlarga albatta vitamirlar (S, V guruh, nikotin kislota, rutin) beriladi.

Bemorlar obdon sog'aygandan so'ng uyiga jo'natiladi. Uni uyiga jo'natishdan oldin, antibiotik bilan davolash tugaganidan keyin oradan 2-3 kun o'tkazib axlati va siydigi tekshiriladi. Tekshirish natijasi manfiy bo'lsa, ya'ni salmonellalar topilmasa, bemorlar kasalxonadan chiqariladi va bunday rekonvalessentlar dispanser nazoratiga olinmaydi. Agar tekshiruv natijasi ijobiy bo'lsa, ya'ni axlat yoki siydikdan salmonella topilsa, rekonvalessentlar 3 oy davomida dispanser nazoratida bo'ladi. Ularni poliklinika terapevti va pediatri vaqti-vaqti bilan ko'rib kuzatib turadi. Har oyda bir marta ularni axlati va siydigi bakteriologik usulda tekshiriladi. Bu tekshiruv ijobiy natija bersa, kuzatib turish muddati, ya'ni dispanser nazorati yana 3 oygacha cho'ziladi. Shu muddat o'tgach ham organizm salmonellalardan xalos bo'lmaca, bunday kishi surunkali bakteriya tashuvchi bo'lib hisoblanadi va tegishli ro'yxatga olinadi.

Oziq ovqatga aloqador joylar, bolalar muassasalari (yasli, bog'cha, kasalxonada ishlaydigan shaxslar axlati va siydigi 3 marta, o't suyuqligi bir marta bakteriologik tekshirilganda natijasi manfiy bo'lgan taqdirdagina kasalxonadan chiqariladi, ular uyiga qaytgach, o'z ishlarini davom ettirishlari mumkin. Ammo ular 6 oy davomida dispanser nazoratida bo'ladi. Ularning xar oyda bir marta axlat va siydik, 6 oy muddat ichida bir marta o't suyuqligi tekshiriladi. Agar tekshirish natijasi musbat bo'lsa, bunday shaxslar oziq-ovqatga aloqador joyda ishlashdan ozod qilinadilar. 3 oy o'ttacha axlat va siydigi yana 3 marta, tekshiriladi. Natija manfiy bo'lsa, ular o'z joylarida ishlashga ruxsat etiladi, ammo bunda ham ular 3 oy davomida dispanser

nazoratida bo‘ladi. Ularning axlati va siydigi har oyda bir marta, o‘t suyuqligi esa 6-oyning oxirida tekshiriladi. Tekshiruv natijasi manfiy bo‘lsa ular xisobdan chiqariladi. Agar natijasi musbat bo‘lsa, bunday shaxslar surunkali bakteriya tashuvchilar deb hisoblanadi va ishdan chetlatiladi.

OLDINI OLISH. Salmonellyozning oldini olishda asosan veterinariya xizmatiga yuklatiladi. Aholi orasida keng miqyosda tushuntirish ishlari olib boriladi. Oziq-ovqat tayyorlanadigan, saqlanadigan va sotiladigan joylar qattiq tibbiy nazorat ostida bo‘lishi zarur.

Salmonellyoz bilan og‘rigan bemorlar albatta kasalxonaga yotqiziladi. Bemorlarning uyidagi kishilar bir hafta davomida vrach nazoratida bo‘ladi. Mabodo ular orasida oziq-ovqatlarga aloqador joylarda ishlaydigan kishilar, shuningdek yasli va bog‘chaga boradigan bolalar bo‘lsa, ular bir marta bakteriologik tekshiruvdan o‘tkaziladi.

Test savollari.

1. Invaziv diareyalarga qaysi kasalliklar kiradi

- A. Shigellyozlar, salmonellyozni kolitik turi, esherixiozni enteroinvaziv turi.
- B. Esherixiozlarni enterotoksigen turi.
- V. Salmonellyozlarni gastroenteritik turi.
- G. Virusli diareyalar.

2. Salmonellezning qaysi formasida pnevmoniya bo‘ladi.

- A. Tifsimon.
- B. Septik formasi.
- V. Yashirin.
- G. Oshqozon ichak.

3. Shigellyozlarda najas manzarasi

- A. Oz miqdorda qonli, shilliqli
- B. Ko‘p miqdorda suvli
- V. Suyuq patologik aralashmalarsiz
- G. Burda- burda xazm bo‘lmagan

4. Salmonellezni davolashda qaysi antibiotik qo‘llanilmaydi.

- A. Levomisitini.
- B. Ampitsillin.
- V. Furazolidon.
- G. Tetrasiklin.

5. Ichburug' uchun xaraterli klinik simptom?

- A. Axlat suyuq, shilliqli va qonli aralash
- B. Jigar kattalashishi, ko'p marta qusish
- V. Qorinning yuqori bo'lagida o'rab oluvchi xarakterdagi og'riq
- G. Sigmasimon ichak sohasidagi og'riq.

6. Salmonellyoz rekonvalesentlariga shifoxonadan javob berish muddati.

- A. Klinik sog'aygach, etotrop davo tugatilgach, 2 kundan so'ng bakteriologik tekshiriladi, manfiy javob bo'lganda javob beriladi.
- B. Klinik sog'aygach.
- V. Tana harorati tushgach.
- G. 2 marta bakteriologik tekshiruvdan o'tkazilgach.

7. Ichburug'ning patogenezida olib keluvchi factor.

- A. Toksik
- B. Allergik
- V. Septik
- G. Infeksion

8. Salmonellez bilan og'rigan bemor shifoxonadan uyiga javob bergandan keyin, oziq-ovqat sohasida qancha vaqtgacha ishlash ma'n etiladi?

- A. 6 oy
- B. 15 oy
- V. 3 oy
- G. 9 oy

9. Shigellezda dispanserizasiya muddatini ko'rsating.

- A. 10 oy davomida
- B. 6 oy davomida
- V. 1 yil davomida
- G. 3 oy davomida

10. Salmonellezning tarqoq formasiga xarakterli bo'lgan klinik belgini ko'rsating.

- A. Tana haroratining ko'p vaqt davomida ko'tarilishi
- B. Eritema harakteridagi toshmalar
- V. Ichning suyuq o'tishi
- G. Ko'p marotaba qusish

2-variant

1. Salmonellez qo'zg'atuvchilarini keltiring.

- A. typhi murium, heidelberg, panama, anatum, derby.
- B. flexner, zonne, boyda, dyzenteriae.
- V. typhi abdominalis.
- G. Iersinia pestis, enterocolitica, pseudotuberculosis.

2. Shigellyozlarda ekzotoksin ajratadi

- A. Fleksner
- B. Zonne
- V. Boyda
- D. Grigorego-Shiga mikrobi

3. Salmonellezning diagnostikasida qaysi laborator tekshiruv yordam bermaydi.

- A. RNGA
- B. RPGA
- V. Bilirubinni aniqlash.
- G. Qonning umumiy tahlili.

4. Shigellyozlarda shikastlanadi

- A. Ingichka ichak
- B. Yo'g'on ichakning distal qismi
- V. Oshqozon
- G. O'n ikki barmoqli ichak

5. Salmonellozli gastroenteritda qo'zg'atuvchisi nimada aniqlanmaydi.

- A. Likvorda
- B. Axlatda
- V. Qonda
- G. Qusuq massada

6. Ichburug'ni salmonellezning gastrointestinal formasidan farqi

- A. Tana xaroratining ko'tarilish
- B. Ko'ngil aynish, qusish.
- V. Axlat kam miqdorda, qon va yiring bilan
- G. Qorinda quldirash

7. Salmonellezda surunkali bakteriya tashuvchi deb qachon aytiladi?

- A. Bemor axlati bilan 3 oydan ko'p vaqt bakteriya ajratsa
- B. Bemor axlati bilan 1 oydan ko'p vaqt bakteriya ajratsa
- V. Bemor axlati bilan 12 oydan ko'p vaqt bakteriya ajratsa
- G. Bemor axlati bilan 6 oydan ko'p vaqt bakteriya ajratsa

8. Ichburug'ning spesifik-laborator diagnostika asosiy usulni belgilang.

- A. Bakteriologik
- B. Biologik
- V. Allergik
- G. Klinik

9. Salmonellezda surunkali bakteriya tashuvchanlikda yiliga bemor necha marta tekshiruvdan o'tishi kerak?

- A. 2 marta
- B. 1 marta
- V. 4 marta
- G. 3 marta

10. Ichburug'ga xos najas ko'rinishi.

- A. Najas oz miqdorda suyuq, qon, shilimshiq aralash
- B. Najas ko'p, suyuq, ko'kimtir, badbo'y hidli
- V. Najas suvsimon ko'p, patologik aralashmalarsiz
- G. Najas ko'p, fantansimon kelishi, sariq rangda

Vaziyatli masalalar yechish:

1 masala. 2 yoshu 7 oylik bola baland isitma 39.4 S, qorinda og'riq, to'xtovsiz qayt qilish, 6 martagacha ichining suyuq, shilimshiq aralash, qon tomchilari bilan kelgan. Kasallik kechqurun, o'tkir boshlangan. 2-chi kuni ertalab isitma -37.8° C, suyuqlik ichgandan so'ng 2 marta qayt qilgan. Ichi suyuq ko'p kelgan. Shifoxonaga kasallikni 2-kuni yotqizilgan, og'ir holatda, behol, adinamik, xushida, savollarga sekin javob berayapti. Shikoyati qorindagi og'riqqa. Terisi toza, oqish rangda, lablari quruq. Og'iz shilliq qavati, tomog'i toza. Tili oq karash bilan qoplangan. O'pkasida dag'al nafas, xirillashlar yo'q. Puls 100 marta minutiga, ritmik. Yurak tonlari ritmik, bo'g'iq. Qorni ichiga tortilgan, palpatsiyada yumshoq, jigar va taloq kattalashmagan, sigmasimon ichak spazmi, palpatsiyada og'riq, yo'g'on ichak sohasida churillash bor. Anus ochiq. Ichi suyuq, shilimshiq aralash, yiring aralash va qon tomchilari bilan kelgan.

Tashxis qo'ying. Davolash muolajalarini yozing.

2 masala. 4 yoshu 6 oylik bola, bog'chada birdan isitma ko'tarilgan 37.8° C, qorinda og'riq, 2 marta suyuq shilimshiq aralash ichi kelgan. Guruxda 1-ichak kasalligi. Tashxis? Bolaga nima qilish kerak. Bolalar bog'chasida qanday chora-tadbirlar o'tkazish kerak.

3 masala. Bolalar shifoxonasida bronxial astma bilan bemor davolanib yotgan. Bemor ertalab isitmaga $37,5^{\circ}$ C, ichining suyuq shilimshiq kelishiga shikoyat qilgan.

Bo‘limda qanday chora-tadbirlar o‘tkaziladi. Bolaga nima qilish kerak.

4masala. Ichburug‘ bilan muloqotda bo‘lgan bola tekshirilganda Zonne tayoqchasi topilgan, bolaning umumiy holati yaxshi, ichi rovon.

Tashxis? Bolaga nima qilish kerak.

5 masala. Bemor B. onasining shikoyati titrash, ko‘ngil aynish, qusish, qorinda og‘riq va tez-tez ich kelishiga shikoyat qildi. Olingan ma‘lumotlarga ko‘ra kasallanishdan bir hafta oldin uyda 2 yoshli salmonellez bilan og‘rigan opasi bilan muloqotda bo‘lgan.

1. Bemorda qaysi kasallik haqida fikrlash mumkin.

2. To‘g‘ri tashhis qo‘yish uchun qanday tekshirish usullari tavsiya qilinadi.

6 masala. Bemor V. 1 yoshda. Shifoxonaga kasallikni 5 kuni quyidagi yuqumli virusli gepatit tashhisi bilan kelgan, kasallikni 4-5 kunida siydik rangi qizargan. Ko‘rilganda tana harorati 38,1C, ko‘zi biroz sariq rangda, terisi odatdagi rangda, jigari kattalashgan. Qorin dam, yumshoq churillash belgilari masofadan eshitilmoqda. Axlati suyuq suvli, yashil rangda hidi qo‘lansa.

Bemorni onasi bolani kasalligini boshlanishi mol suti iste‘mol qilganligi bilan bog‘layapti, bemorga o‘tkir gastroenterit salmonelyozga shubha deb tashxis qo‘yilgan.

1. Klinik tashxisni qanday tahlillar asosida tasdiqlash darkor.

2. Bemorga davolash usullarini tavsiya qiling.

7 masala. Bemor A 6 oy, onasi salmonellez kasalligi bilan davolanib sog‘ayib uyiga ketgan, onasi bilan muloqotda bo‘lganligi uchun bakteriologik ekma qilingan vaqtda najasdan salmonella typhi murium topilgan. Ko‘rilganda ichki a‘zolari tomonidan xech qanday o‘zgarish yo‘q.

1. Salmonellyozning qaysi klinik turi haqida o‘ylash mumkin.

2. Yakunlovchi tashxis uchun qanday qo‘shimcha tekshiruvlar tavsiya etiladi.

8 masala. Bemor M 7 yoshda. Kasallik birdan o‘tkir boshlandi. Dastlab bosh og‘rishi, tanaharorati ko‘tarilishi, darmonsizlik, kasallikni 8 kunidan junjikish qo‘shildi, ko‘p terlay boshladi. Yuqumli kasalliklar shifoxonasiga kasalnikni 3- kuni o‘rtacha og‘irlikda qabul qilindi. Tana harorati noto‘g‘ri tipda kasallikni 20- kunidan boshlab tana harorati pasaya boshladi va kechqurunlari subfebril holati kuzatildi. Tana harorati yuqori bo‘lgan davr ichida qorin tifiga xos bo‘lgan ba‘zi bir belgilar kuzatildi. Ko‘rilganda qorin dam, jigar va taloq kattalashgan (+1,0+ 0,6) najasi yashil rangda, qoni ekilganda Salmonella typhi murium topildi.

1 . Klinik turini ko‘rsatgan holda tashhis qo‘ying.

Nazorat savollari.

1. Tibbiyotda o'rganilgan shigellyozlar va salmonellezlarning asosiy yutuqlari.
2. Ichburug' va salmonellez qo'zg'atuvchilarining asosiy tarkibi va etiologiyasi.
3. Ichburug' va salmonellezning epidemiologik jihatdan o'ziga xosligi.
4. A'zodagi patologoanatomik o'zgarishlar.
5. Shigellyozlar va salmonellezlarning tasnifi .
6. Shigellyozlar va salmonellezlar tashhisotida laborator tekshiruv usullari.
7. Shigellyozlar va salmonellezlarning qiyosiy tashhisoti.
8. Shigellyozlar va salmonellezlarning asoratlari.
9. Shigellezlarda bakteriya tashuvchanlik va surunkali kechishni davolash tamoyillari.
10. Shigellyoz va salmonellezlarda epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar.
11. Bemor aniqlanganda shifokor taktikasi.
12. Ichburug' va salmonellez bemorlarining sindromli terapiyasi va bemorlarni kasalxonaga yotqizish tartibi.
13. Kasalxonadan uyiga chiqarilgan bemorlar xujjatlarini rasmiylashtirish.
14. Kasalliklar profilaktikasi.

3-MAVZU. ESHERIXIOZLAR (ichak koli infeksiyasi)

Esherixiozlar - ichak tayoqchalarining ba'zi turlari qo'zg'atuvchi (*Esherichia coli*), infeksiyon-toksik shok va diareya sindromlari rivojlanishi, kam holatlarda boshqa organlarni zararlanishi va sepsisga qadar tarqalishi bilan ta'riflanadigan o'tkir ichak kasalligidir.

ETIOLOGIYASI. Ichak tayoqchalari grammanfiy bo'lib, spora va kapsula hosil qilmaydi. Ularning ba'zilari xarakatchan. Oddiy ozuqa muhitlarida ko'payaveradi. Ichak tayoqchalari 5 guruhga bo'linadi:

- 1) Enteropatogen ichak tayoqchalari
- 2) Enterotoksigen ichak tayoqchalari
- 3) Enteroinvaziv ichak tayoqchalari.
- 4) Enterogemorragik ichak tayoqchalari
- 5) Enteroadgeziv ichak tayoqchalari

Har bir gurux esherixiyalari qo'zg'atgan kasallik alohida klinik epidemiologik xususiyatlarga ega va alohida kasallik sifatida ko'riladi.

ENTEROPATOGEN ESHERIXIOZLARI

Enteropatogen esherixiozi kichik yoshdagi va chaqaloq bolalarda uchraydi. Bolalar o'rtasida patologik holatlarni keltirib chiqaruvchi 30 ta serovarlari mavjud, ulardan keng tarqalganlari: 018as:K77, 020:K84, 026:K60, 033:K, 044:K74, 055:K59, 075:K, 086:K61, 0111av:K58, 0114:K90, 0119:K69, 0126:K71, 0127:K63, 0128:K67, 0142:K86 va boshqalar. Endotoksin hosil qiluvchi alohida epidemik serovarlari ham bor: 018, 020:KN, 025:K98, 0114:N21, 0119, 0128:N12, 0128:N21 va x.k. vabosimon kasallik chaqirishlari mumkin.

Epidemiologiyasi. EPE ilk yoshdagi bolalar orasida keng tarqalgan bo'lib, asosan 3-12 oygacha bo'lgan, premorbid fonli, xar-xil interkurrent kasalliklari bor, sun'iy ovqatlantirilayotgan bolalar, chala tug'ilganlar, kasallikka moil bolalar kasallanishlari mumkin. Sporadik va epidemik xolatlarda tug'ruqxonalarda, bolalar bog'chasida, somatik shifohonalarda va bolalar uylarida uchrashi mumkin. Kasallik manbai o'tkir davrdagi bemor hisoblanadi. Bu davrda bemor juda ko'p miqdorda tashqi muhitga EPE ajratadi. Maishiy muloqot va bolalar ozuqa moddalaridan yuqadi. Mavsumiylik bu kasallik uchun xos emas, butun yil davomida uchrashi mumkin. Ko'pincha kasallikning og'ir formasini keltirib chiqaruvchi 0111:N2 serovari yuqishi natijasida epidemik portlashlar yuz beradi. 3 yoshli va katta yoshdagi bolalarda bu kasallik umuman kuzatilmaydi. EPE asosan 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda passiv immunitetning yo'qligi sababli, oshqozon-xazm yo'llarining o'ziga xosligi-fermentlarning sustligi va bakteritsid faoliyatining pastligi, ichak devorlarining o'tkazuvchanligini yuqoriligi va ularning oson shikaslanishidir. Bolalar uchun EPE

himoyalaniş tabiiy ovqatlanishdir. Ona suti tarkibida sekretor IgA bo'ladi, u oshqozon ichak trakti fermentlari ta'siriga chidamli, ingichka ichak enterotsidlari yuzasidagi EPElarni adgeziyaga uchratadi. Ona suti tarkibida yana nospetsifik himoya faktori bo'lgan-laktoferrin (EPE larni rivojini to'xtatadi), lizosim (bakterisid xususiyatli), bifidogen faktorlar (EPE larni faol antagonistlari), V-limfositlar, polimorf-yadroli leykositlar, makrofaglar va boshqalar.

Patogenezi. EPE lar og'iz orqali oshqozonga boricha tushadi va ingichka ichakka o'tadi. EPE lar ingichka ichakning shilliq qavatida kolonizasiya xosil qilib sitoksik va invazivlik qiladi va apikal sitoplazma xududlarini ajratib olib, ma'lum bir epiteliositlarda yallig'lanishni keltirib chiqaradi. EPE lar ingichka ichak epiteliyalarida ko'payib, ular endotoksinlari va ularning toksik birikmalari (indol, skatol) va gistamin, xolinesteraza ingibitorlari, fermentlar (mutsinaza, lidaza, proteaza) maxalliy yallig'lanish jarayonlarini keltirib chiqaradi. Unda ichki yuza va membranali xazm qilish, ovqat ingredientlar-jumladan suv va elektrolitlarning so'rilishi buziladi va ohir oqibat diareya sindromi kelib chiqadi. Diareyada elektrolitlar va suvning yo'qotilishi, qayt qilish organizmni suvsizlanishiga olib keladi. Natijada toksikoz-eksikoz holati kelib chiqadi, ko'pincha tuz defisitli (gipotonik) tipi rivojlanadi.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri 5-8 kun. Nimjon va chaqaloq bolalarda massiv zararlanganda yashirish davr 1-2 kunga qisqaradi. Kasallik o'tkir boshlanadi, enterit belgilari bilan. Najas suvsimon, sariq yoki qizg'ish-sariq rangli, tiniq shilliq aralash, ko'p miqdorda bo'ladi. Najas ko'p holatda ko'piksimon va ozroq zangori aralash xam bo'lishi mumkin. Doimiy simptomlardan 1-2 marta sutkada qayt qilish kasallikni 1-kunlaridan paydo bo'ladi. Barcha klinik simptomlar sekin-asta kuchayib, kasallikni 5-7 kuni bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi, adinamiya, ishtahaning pastligi anoreksiyagacha, qayt qilishning qo'payishi kuzatiladi. Tana xarorati 1-2 xaftagacha saqlanishi mumkin, 10-15 maxal sutkada ichning ketishi suvsizlanishga olib keladi.

1-jadval.

Degidratatsiya shakllarning klinik belgilari			
	Gipertonik	Izotonik	Gipotonik
Nerv sistemasi	Umumiy bezovtalik, qo'zg'aluvchanlik, kuchli chanqash	Xolsizlik uyquchanlik	Xolsizlik uyquchanlik
Tana xarorati	gipertermiya	Subfebril	Normal, gipertermiyaga moyil
Shilliq qavati	quruq, ko'pchigan	quruq	nam yoki quruqshagan
Mushaklar	o'zgarishsiz	Yumshoq, xamirsimon	Tonusi past, mushaklarning uchib turishi
Diurez	Normal	kamaygan	kamaygan
Peshobning nisbiy zichligi	Boshida 1,001-1,018, keyinchalik 1,025-1,035	Normal yoki biroz ko'tarilishi	Boshida yuqori (1,025), so'ngra 1,010 va past
Bemorning o'limiga olib keluvchi sabablari	Osmotik bosim-nining keskin ko'tarilishi, xujayra ichi fermentlarning blokadasi.	Qon aylanish yetishmovchiligi	qon aylanish yetishmovchiligi
AQB	uzoq vaqt davomida normal	Pasayishi yoki ko'tarilishi	Past
Nafasi	Giperventilyasiya, to'satdan nafas to'xtashi	O'zgarishsiz	Sekinlashgan nafas, o'pkada nam xirillashlar
OIT	Ko'pincha, suyuq ich kelish, ayrim xollarda qayt qilish	Ishtaxa yo'qolishi, ayrim xollarda qayt qilish. Ichi shilliqli	Ayrim hollarda qayt qilish kofe quyqasimon, suyuq suvli ich kelishi, ichak parezi

Toksikoz-eksikoz xolati ko'pincha 10% dan ko'p vazn yetishmovchiligida suvsizlanish III- darajaga yetadi, tuzdefisitli turi ko'p uchraydi. Bunday bolalarda tana xarorati subnormal, oyoq-qo'llari sovuq, akrosianoz, toksik nafas, taxikardiya va yurak tonlarining bo'g'iqligi, kam xollarda xushning yo'qotilishi va talvasalar kuzatiladi. Shilliq qavatlar quruqshagan, teri burmalari joyiga sekin keladi, katta liqildoq botgan. Bunday xollarda o'tkir buyrak, buyrak usti bezi yetishmovchiligi, DVS sindrom va infeksiyon-toksik shok kuzatiladi.

Markaziy nerv sistemasi va yurak-qon tomir sistemasining zararlanishi simptomlari va oraliq moddalar almashinuvining buzilishi suvsizlanishga olib keladi.

Degidratatsiya tipiga qarab izotonik, tuzdefitsitli va suvdefitsitli suvsizlanish tavofut qilinadi.

Izotonik suvsizlanish - elektrolitlar va suvning proporsional yo'qotilishidir. Klinikasida umumiy xolsizlik, uyquchanlik, terining va shilliq qavatlarini quruqligi, to'qima turgorining pastligi, fibroz kamaygan, qonda elektrolitlar miqdori normada, qonning quyuqlashishi namoyon bo'ladi.

Tuzdefitsitli suvsizlanish uzoq davom etgan ichak disfunktsiyasi natijasida kelib chiqadi. Tuz defitsitli suvsizlanish uzoq muddat ichaklar funksiyasining buzilishida bo'ladi, asosan kortikosteroidlar va noto'g'ri infuzion terapiya o'tkazilganda kuzatiladi. Bu sindrom bolaning og'ir holatida koma rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Gipokaliemiya sindromi rivojlanganda toksikoz-eksikoz bilan og'ir kechadi. Qonda kaliy miqdori 3 mmol/l dan past bo'lsa, gipokaliemiya klinikasi boshlanadi. Umumiy holsizlik, adinamiya, tormozlanish, qayta-qayta qayt qilish, kuchsiz ovozsiz yig'lash, yurak tonlarining bo'g'iqligi, sistolik shovqin, yuzaki kam nafas, ichak parezi xisobiga qorinning damligi, ichning kelmasligi, pay reflekslarining pasayganligi, EKG dagi o'zgarishlar, Q-S intervalining uzayganligi, voltaj tishlarining pasayishi, T-tishining manfiyligi S-T intervalining qo'shilishi, qo'shimcha tishlarining paydo bo'lishi.

Suvdefitsitli suvsizlanish- bolaning bezovtaligi, qo'zg'aluvchanligi va kuchli chanqash bilan kechadi. Terisi va shilliq pardalar quruq. Mushaklar tonusi keskin pasaygan, nafas tezlashgan, diurez kamaygan, hamda elektrolitlarning yuqoriligi, qonning ivishi kam rivojlangan bo'ladi. Ob'ektiv ko'ruvda qorinshishgan (meteorizm), ingichka ichak proeksiyasida churillashlar va terining rangparligi ko'rinadi. Jigar va taloq og'ir xolatlarda, toksiko-septik va sepsisda kattalashadi. Anus berk, atrofidagi teri qizargan va ko'chgan bo'ladi. Intoksikasiya simptomlarining yaqqolligi, eksikoz va diareya sindromining rivojlanishi og'ir holatdan o'limgacha olib keladi.

Kechishi va oqibati. EPE o'tkir kechadi. Klinikasi bir necha kundan 2-3 xaftagacha davom etadi. Og'ir holatlarda sog'ayish cho'ziladi. Qaytalanish holatlari boshqa kasalliklarni qo'shilishi natijasida ro'y beradi. Kasallikka moil bolalarda va immuntanqisli bolalarda kasallik cho'zilgan kechadi.



3-rasm. Eksikoz og'ir darajada

Antibiotiklarni uzoq qo'llash natijasida disbakterioz holati kelib chiqadi.

Chaqaloqlarga va chala tug'ilgan bolalarga shifoxona ichi infeksiyasi sifatida ham yuqadi. Bunda kasallikning tarqalgan formasi esherixiozli yiringli meningit va sepsis ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Diagnostikasi. Laborator taxlili natijalari va klinik-epidemiologik ko'rsatmalarga tayangan holda tashxis qo'yiladi. Bakteriologik va serologik reaksiyalar o'tkaziladi.

Davolash. Boshqa ichak infeksiyalari kabi stasionarda amalga oshiriladi. Bolalar kasalliklarini integrallashgan usulda olib borish qoidalariga asoslangan holda bolani ko'zdan kechirib onasidan yaxshilab anamnez to'playmiz. Kasallikni yengil formalari poliklinika sharoitida POR xonasi vrachi nazoratida davolanadi. O'rta og'ir va og'ir formalarida esa albatta stasionar o'aroitda davolanadilar. Dieta, patogenetik terapiya-enterosorbentlar yordamida oral regidratsiya va infuzion terapiya ko'rinishida olib boriladi. Bolaga yuboriladigan suyuqlik miqdori O'zb.SSV ning № 122 buyrug'iga asosan olib boriladi. Bolaning qancha suyuqlik yo'qotganligiga qarab shifoxonaga kelgan vaqtining birinchi soatida bolaning xozirgi vazniga 30 ni qo'paytiriladi va 1 soatda beriladigan suyuqlik miqdori aniqlanadi. Shifokor bolaning xolatiga qarab uni qanchasi og'iz orqali, qanchasi venaga tomizilishini belgilab beradi. Bolaning 1-sutkada olishi kerak bo'lgan suyuqlikni topish uchun bolaning xozirgi vaznini 70 ga ko'paytiriladi va sutkalik suyuqlik miqdori aniqlanadi. Oral regidratsiya uchun Regidron, glyukosolan, peditral va ORS eritmasidan foydalaniladi. Infuzion terapiya uchun esa tuzdefisitli suvsizlanishda tuzli eritmalar

quyiladi. Gipokaliemiya rivojlanganda glyukozaning 10% li eritmasiga 4% li kaliy eritmasidan qo'shib infuzion terapiya o'tkaziladi. Og'ir holatlarda patogenetik terapiyada prednizolon 2-3 mg/kg sut. Yoki gidrokortizan 5-10 mg/kg.sut. toksikoz vaqtida 3-5 kungacha beriladi. Etiotrop terapiya uchun antibakterial preparatlar qo'llaniladi. Simptomatik davo muolajalari ham amalga oshiriladi-antigistaminlar, vitaminlar, yurak glikozidlari. Ichak muhitini normallashtirish uchun eubiotiklar va fermentlar 1-2 hafta davomida qo'llaniladi.

Kasallikni oldini olish. Sanitariya gigiena qoidalariga va epidemiologik rejimga rioya qilishga qaratilgan. Tug'ruqxonalarda va bolalar bo'limlarida, bolalar bog'chalarida bir martalik yotoq anjomlaridan foydalanish maqsadga muvofiqdir. 1 yoshgacha bo'lgan bolalarni faqat ona suti bilan boqishga erishish. Bolalar ovqatlari tayyorlanishida sanitar-gigiena qoidalariga to'la amal qilish.

Kasallik chiqqan o'chog'da karantin 7 kunga o'rnatiladi. O'chog' dezinfektsiya qilinadi. Kasallik tarqatuvchi aniqlangach aloxidalanadi va sanasiya qilinadi.

2 yoshgacha bo'lgan barcha bolalar najasi bakteriologik tekshiruvdan o'tkaziladi. Shifokor o'chog'da muloqotdagilar bilan O'IK va esherixiozlar xaqida suxbat o'tkazadi. Kasallikni yuqish yo'llari va oqibatlarini xaqida tushuntiradi. 7 kun davomida barcha muloqotda bo'lganlarni umumiy ahvolidan xabar olib turadi. Agar yana kasallik aniqlansa zudlik bilan shifoxonaga yotqiziladi va shu kundan karantin muddati yana 7 kunga cho'ziladi. Agar kasallik aniqlanmasa 7 kunda karantin yopilib SEOMga bildirish xati yoziladi.

ENTEROTOKSIGEN ESHERIXIOZLARI (ETE). Enterotoksin ishlab chiqaruvchi ichak tayoqchalari bolalar va kattalarda ich ketish kasalligiga sabab bo'ladi. Ba'zi shtammlari termolabil toksin ishlab chiqaradi. Shu toksinning vabo vibrioni chaqiradigan enterotoksinga o'xshashligi bor. Enterotoksigen esherixiyalar bolalarda va kattalarda uchraydi. ETE ning 48 ta seroguruhi va 61 ta serovarlari bor. Kasallik qo'zg'atadigan shtammlari asosan 06:K15:N16, 015:N11, 027:N7 (N20), 078:N12, 0112av, 0114:N21, 0148:N28, 0159N4 va kam holatlarda quyidagi serovarlari ham kasallik chaqirishi mumkin 07L18, 08K47.N.(K40L9), 09.K35.N (K103:N), 020:KN (K101:N), 025:K98:N, 063.-N12, 079.- N45, 0101:K28, 0115:N51, 0128:N21(N12), 0138:N14, 0139:K82:N, 0141:N4, 0149:N10, 0153:N10, 0157:N19 va x.k.z.

Epidemiologiyasi. Butun dunyoda keng tarqalgan bo'lib Osiyo, Afrika va Lotin Amerikasida-mahalliy aholi o'rtasida va kelib-ketuvchi sayyoxlar o'rtasida ham tarqalgan (sayyohlar diareyasi). Ohirgi yillarda bizning mamlakatimizda ham ro'yxatga olinmoqda. Kasallik sporadik va epidemik portlashlar ko'rinishida ham uchraydi. 06, 078, 0119 va 0159 serotiplari termostabil ekzotoksin ishlab chiqargani

uchun, chaqaloqlarda va ko'krak yoshidagi bolalarda og'ir gastroenterit ko'rinishidagi portlashlarga sabab bo'ladi. Asosiy yuqish yo'li oziq-ovqat maxsulotlari orqali. Kasallik yoz va kuz oylarida ro'yxatga olinadi.

Patogenezi. ETE lar ingichka ichakda yashaydi va ko'payadi. Gastroenterit va enterit ko'rinishida kechadi, klinikasi vaboni eslatadi. ETE larning invazivlik xususiyati yo'q, ular mikrovorsinkalar yuzasida yallig'lanish prosessini rivojlantirmay ko'payadi. Buning natijasida epiteliyaning gipersekresiyasi kuchayadi va suv va elektrolitlarning ichak bo'shlig'ida so'rilishi buziladi, shundan so'ng ekzotoksinning sitotonik ta'siri kuzatiladi. Enterotoksinning termolabil fraksiyasi xolerogen bo'lib, enterositlardagi xujayra membranasining adenilatsiklaza fermentini faollashtirib, adenozin-3-fosfatdan siklik 3-5 adenozin-monofosfat (sAMF) xosil bo'lishini tezlashtiradi. Shu sababli suvsimon diareya rivojlanadi. Buning natijasida sekretor faolligi birdan ortadi va ichak buzilishiga ko'p miqdordagi suv, natriy va kaliy tuzlari sferalari, ularning qayta so'rilishi kamayadi. Elektrolitlar va suvni yo'qotish degidratatsiyaning rivojlanishiga olib keladi. Metabolik miqdori ortadi. Gipoksiya xolati rivojlanmaydi. Yurak- qon tomir yetishmovchiligi kelib chiqadi. Ichning ko'p ketishi natijasida elektrolitlar yo'qolishi, esherixiozlarda degidratatsiyaning tuz defitsit tipi rivojlanadi. Og'ir holatlarda endotoksemiya rivojlanadi.

Klinikasi. Kasallikni yashirin davri bir necha soatdan 1-2 sutkagacha bo'ladi. ETElar yengil formasidan vabosimon og'ir formasi o'lim holatigaga kasallikni boshlanishidagi 1-2 sutkasida rivojlanishi kuzatiladi.

Kasallik o'tkir boshlanib, bir necha martaba qayt qilish, qorin sohasidagi g'alati holat va suvsimon ichning ketishi bilan boshlanadi. Diareya sindromi, qayt qilish bilan yoki bir necha soat keyin rivojlanadi. Intoksikasiya, tenezmlar va talvasalar bo'lmaydi. Xarorat subfebril yoki normada bo'ladi. Palpasiyada ingichka ichak sohasida churillash bo'ladi. Najasning maxsus xidi bo'lmaydi, patalogik aralashmalar bo'lmaydi. Ko'p qayt qilish va ich ketish natijasida bemorda toksikoz-eksikoz holati rivojlanadi va bemor og'irlashib o'lim bilan tugashi mumkin.

Diagnostikasi. Bakteriologik va serologik tekshirkv natijalariga asoslanadi.

Davolash. Bemorning og'irligiga qarab dietoterapiya, oral va parenteral regidrotasiya o'tkaziladi. Antibakterial preparatlar qo'llash maqsadga muvofiq emas, lekin og'ir holatlarda keng spektrli antibiotiklarning ta'siri bo'ladi. Boshqa

ichak infeksiyalari kabi simptomatik terapiya, enterosorbentlar (smekta, enreposgel) va simptomatik diareyaga qarshi preparatlar ishlatish mumkin.



4-rasm. Ogir suvsizlanish

Profilaktikasi. Enterotoksigen esherixiyalarning ekzotoksinidan tayyorlangan anatoksin ishlatish yo'lga qo'yilmoqda.

ENTEROINVAZIV ESHERIXIOZLAR

Enteroinvaziv esherixiozlar-(EIE) 3 yoshdan katta bolalarda va kattalarda uchraydigan ichak infeksiyasidir. Odam uchun 13 ta serovari patogendir, bolalar patologiyasida 0124, va 0151, kamdan kam – 025, 028, 032, 0112, 0115, 0129, 0135,0136, 0143, 0144, 0152 serovarlari ahamiyatlidir. Bu gurux esherixiyalar invazivlik xususiyatiga ega, ular yo'g'on ichak epiteliotsitlariga kirib olib u yerda ko'payadi. EIElarning ko'p serovarlari shigellalarning O-antigeni va klebsillez pnevmoniyasining K-antigeni bilan qarindoshdir.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai bemor va bakteriotashuvchi. Zararlanish ko'pincha oziq-ovqat mahsulotlari orqali, ba'zida esa suv orqali bo'ladi. Yoz-kuz oylarida ko'payadi. Sporadik va guruxli epidemik portlashlar kuzatiladi.

Patogenezi. EIE yo'g'on ichakda yashab, shu yerda ko'payadi-dizenteriyasimon infeksiyadir. EIE ichak mikrovorsinkalarida bo'kib u yerda adgeziyaga uchraydi, yo'g'on ichak epiteliyasini va uning distal qismini zararlaydi. Invazivlik natijasida EIE sitoplazma matriksida ko'payib, qo'shni epiteliotsitlarga o'tadi va ichak epiteliyasini zararlab unda kataral yoki fibrinoz-nekrotik, eroziv-yarali yallig'lanishni keltirib chiqaradi. Bu esa diareya sindromi rivojlanishiga olib keladi. Bakteriyalar xalokati natijasida endotoksinlar va toksik mahsulotlar ajralib qonga so'riladi va bu holat intoksikatsiya belgilarining kuchli namoyon bo'lishini ta'minlaydi.



5-rasm. Neyrotoksikoz 1-faza

Klinikasi. Kasallikni yashirin davri 1-3 kun. Katta yoshli bolalarda kasallik oʻtkir isitma bilan, bosh ogʻrishi, koʻngil aynish, qayt qilish va qorindagi ogʻriq bilan boshlanadi. Bir vaqtda yoki keyin ichning patalogik aralashmalar bilan kelishi kuzatiladi. Isitma 1-3 kun boʻladi. Palpasiyada barcha sohasida ogʻriq, soʻng esa yoʻgʻon ichak sohasida churillashlar kuzatiladi. Sigmasimon ichak spazmi, infiltrlanganligi va ogʻriqlik seziladi. Anusi berk, najas 3-5 mahal sutkada, baʼzida esa 7-10 maxal, patologik aralashmalar-zangorili, quyuq shiliqli, qon tomchilari bilan keladi. Bolalarda esherixiozlarning ogʻir holatlarini koʻrsatkichlari neyrotoksikoz bilan kechadi.

Neyrotoksikoz endotoksemiya hisobiga kasallikning birinchi kuni rivojlanadi. Isitma qayt qilish va bezovtalanish, ensa mushaklarining tortishuvi, taxikardiya, katta liqildoqning shishi, qonda natriy va kaliy miqdori ortadi, bola sababsiz boshini orqaga tashlab yigʻlaydi, emmaydi – bu neyrotoksikozning 1- fazasidir. Neyrotoksikozning 2-fazasida talvasa boʻladi.



6-rasm. Neyrotoksikoz 2-faza

Katta yoshdagi bolalarda esherixioz infeksiyasini enteroinvaziv ichak tayoqchalarini chaqiradi, yashirin davr 2-3 kun. Ba'zan bir necha soat, kasallik o'tkir boshlanadi, tana harorati ko'tariladi, behollik, qorindagi og'riq vaqti-vaqti bilan. Bir necha soatdan so'ng isitma ko'tariladi, ichi suyuq, shilimshiq aralash, ba'zida qon aralash keladi. Kasallikni 1-2 kuni intoksikatsiya simptomlari aniqlanadi. Ob'ektiv ko'rilganda umumiy holati kam o'zgargan, isitma 1-2 kun bo'ladi. Qorinda palpasiyada ichaklar churillashi va ichaklardagi og'riq 2-3 kundan so'ng yo'g'on ichak sohasida og'riq bo'ladi.

Sigmasimon ichak yetarli infiltrlangan, og'riqli. Anusi berk, qizarish bo'lmaydi. Ich 5-10 maxalgacha ko'p miqdorda shilimshiq aralash va qon aralash kelishi mumkin. Tashhis laborator tekshiruvlar natijasida qo'yiladi.

Diagnostikasi. Tashhis klinik ko'rsatmalarga va laborator tahlil natijalariga tayanib qo'yiladi.

Bakteriologik usul. Bemorning najasi, qusuq moddasi, oshqozon yuvindi suvlari, va siydik tekshirish uchun olinadi. Pataloanatomik tekshiruv uchun jigar, taloq, buyrak, ingichka va yo'g'on ichakdan kesib olinadi.

Serologik metod. Agglyutinasiya (RA) va bog'lanmagan gemoglyutinasiya reaksiyasi (RNGA) antitelalarini titrini ortganligi ko'rsatadi.

ENTEROGEMORRAGIK ESHERIXIOZLAR

Enterogemorragik esherixiozlar - EGE ekzotoksini faqat ichak devorlariga emas, balki boshqa organ va hujayralarga (buyrak, jigar, qon hosil qiluvchi sistemaga) ham patologik ta'sir ko'rsatadi. Verositotoksin ajratish xususiyatiga ega bo'lib ko'payish jarayonida quyidagi serovarlar aniqlangan: 0157:N7, NI, 0111, 0113, 0121 va 0145. EGE lar sporadik va epidemik ko'rinishlarda uchraydi. Zararlanish oziq-ovqat mahsulotlari orqali. Maktabgacha yoshdagi bolalar kasallanadilar.

Klinikasi. Polimorf-simptomsiz yengil formasida og'ir patologik holatlarga "gemokolit", gemolitiko-uremik sindrom (sindrom Gassera) va trombositopenik purpura ko'rinishida namoyon bo'ladi. Manifest variantlarida EGE enterit yoki enterokolit tipida boshlanadi. Kasallik boshida ichning 3-5 marotabagacha kelishi patologik aralashmalarsiz, intoksikatsiya simptomlarining sust rivojlanganligi kuzatiladi. Kasallikning 3-5 kunlari esa bemor holati yomonlashadi, qayt qilish qo'shiladi, najasda qon paydo bo'lib diurez kamayadi. Kasallik zo'riqishi natijasida klinik va laborator belgilar kuchayib gemolitiko-uremik sindrom (mikroangiopatik gemolitik kamqonlik, trombositopeniya va o'tkir buyrak yetishmovchiligi) rivojlanadi. Gasser sindromini epidemik portlashlarda kuzatilishi EGE larda 0-100% gacha.

Gemorragik kolit (yoki “ishemik kolit”) EGE larda intoksikasiya simptomlari, isitmaning ko‘tarilishsiz suvsimon diareya va og‘riqli sindrom bilan boshlanadi. Kasallikni 3-5 kuni bemor holati yomonlashib najasda qon paydo bo‘ladi va ichakdan qon ketish kuzatiladi. Vaqtda davolanmasa o‘lim bilan tugaydi.

Qiyosiy tashhis. Ilk yoshdagi bolalar esherixiozni oddiy dispepsiyasidan farqlanadi. Bolaga ko‘p ovqat berish natijasida yoki yoshiga mos bo‘lmagan hazm qilish uchun qiyin bo‘lgan ovqatlar berilganda qoqanash, ichning zangori-suyuq, patologik aralashmalarsiz keladi, hidli 4-6 maxal sutkasiga keladi. Bolaning umumiy holati yaxshi bo‘ladi, o‘zgarmagan. Qorni dam bo‘lishi mumkin, bezovtalik bo‘ladi. Ovqatlanish yo‘lga qo‘yilganda oshqozon-hazm funksiyasi tiklanadi.

Stafilakokk etiologiyali ichak infeksiyasi. Ilk yoshdagi bolalarda onasi kasallangandan so‘ng bo‘ladi (mastit, angina, terining yiringli kasalliklari). Bolaning ichaklaridagi zararlanishdan tashqari boshqa joylarda ham ikkilamchi zararlanish bo‘ladi (omfalit, piodermiya, pnevmoniya). Kasallik sekin asta, sekin ichning buzilishi bilan boshlanadi. Sekin-asta ich kelishi ko‘payadi, suyuq, shilimshiq aralash, zangori, qon tomchilari bilan keladi. Tana harorati subfebril, tana vazni kamayadi, davolanmasa qayt qilishi, qorinning dam bo‘lishi, tana vaznining kamayishi bo‘ladi.

Salmonellezli gastroenterit. Toksikoz eksikoz xarakterli. Salmonellyozlarda ichning suyuq, to‘q zangori, shilimshik aralash, hidli keladi. Terisi kulrang, jigar va taloq kattalashadi.

Virusli diareyalar. Adenovirusli va enterovirusli va boshqa respirator kasalliklardan so‘ng bo‘lishi mumkin. Rotovirusli gastroenteritlar bilan esherixiozlarni farqlash qiyin. Buning uchun laborator tekshiruv natijalari yordam beradi.

Ichburug‘. Zonne dizenteriyaini yengil formasi bilan farqlanadi. Vabo bilan enterotoksigen esherixiozlarni farqlanadi.

Davolash. Albatta shifoxonaga yotqizish kerak, infuzion terapiyaga muxtojlik bo‘ladi. Yengil formasida katta yoshdagi bolalarda uyda davolash mumkin. Dieta bolaning yoshini hisobga olgan holda, kasallikning og‘irligiga qarab tavsiya qilinadi.

Bazis terapiya. Regidratasion terapiya Rux preperati bilan toksikozni hisobga olgan holda o‘tkaziladi. Enterosorbentlar enterosgel, smekta.

Etiotrop davo. Antibakterial preparatlardan - furazolidon, nifuroksazid, ampitsillin yoshga qarab ichgani 3-5 kunga beriladi. Esherixiozlarda sefalosporinlar, gentamitsin yuboriladi. Og‘ir hollarda 2 ta antibiotik birgalikda beriladi. Vena ichiga va mushak orasiga. Antibakterial terapiyadan so‘ng yoki birgalikda ichak

florasini normallashtirish uchun *Saccharomices Boulardi*, bifidobakteriyalar, laktobakteriyalar va boshqa preparatlar 5-10 kungacha tavsiya qilinadi. Fermentlar ham tavsiya qilinadi: mezim, kreon, festal, panzinorm.

Patogenetik davo. Isitma, ichning ketishi va qayt qilish natijasida yo'qotilgan suyuqlik miqdoriga qarab suyuqlik tavsiya qilinadi.

I-II daraja eksikozda 2 bosqichdan iborat oral regidratatsiya o'tkaziladi. Birinchi 4 soat ichida suv-tuz defisiti bartaraf qilinadi. So'ng bolaning sutkalik suyuqlikka extiyoji bilan hisoblanadi:

30 x bola vazni= 1 soatda beriladigan suyuqlik miqdori.

70 x bola vazni= sutkalik beriladigan suyuqlik miqdori.

Infuzion terapiya oral regidratatsiya vaqtida qayt qilish ko'p marta bo'lsa, ichi ketsa, toksikoz eksikoz simptomlari ortsa III- daraja degidratatsiya rivojlansa o'tkaziladi. Agar 60-70% suyuqlik yo'qotilsa, vena ichiga 24 soat davomida suyuqlik jo'natiladi. Infuzion terapiyani reosorbilakt, Ringer eritmasi, 0,9% li natriy xlor eritmasi bilan boshlash kerak, negaki bular qonning miqdorini ko'paytiradi. Qon tomirlarni kengaytiradi, ularning sirkulyasiyasini yaxshilaydi. Kolloid-osmoid bosimni ko'taradi, tuzli-glyukozali eritmalarini ushlanib qolishini ta'minlaydi. Izotonik degidratatsiyada 10% glyukoza eritmasi, tuzli eritmalar laktosol, kvartosol 1:1 nisbatda, og'ir hollarda 2:1, tuzdefitsit degidratatsiyasida 1:3 yoki 1:2, suvdefitsitlida esa 3:1 yoki 2:1 quyiladi. Esherixiozning og'ir formasida 2-3 mg/kg sutkasiga prednizolon yoki 5-10 ml/kg gidrokortizon yuboriladi. Toksikoz davrida 3-5 kun olinadi. Polivitaminlar, antigistaminlar, yurak glikozidlari va boshqa preparatlar tavsiya qilinadi.

Kasallikni profilaktikasi: Boshqa esherixiozlar kabi.

4-MAVZU. SHARTLI PATOGEN MIKROBLAR CHAQIRGAN O‘TKIR ICHAK INFEKSIYALARI.

Ohirgi yillarda ichburug‘, ich terlama, salmonellyozlarning pasayishi boshqa ichak kasalliklarining o‘shiga, gramm manfiy shartli patogen bakteriyalarga sharoit yaratildi. Bu kasalliklar sababi antibiotiklardan keng foydalanish natijasida ichak biosenozydagi o‘zgarishlar, ya’ni shartli patogen bakteriyalarni koloniyalarini hosil bo‘lishiga olib keladi. Bu kasalliklarni klinikasi to‘la o‘rganilmagan.

PROTEY ETIOLOGIYALI ICHAK INFEKSIYASI.

Proteus bakteriyalari chaqiruvchi bu infeksiya gastroenterit yoki enterokolit tipidagi oshqozon-ichak trakti zararlanishi bilan xarakterlanadi.

ETIOLOGIYASI. Qo‘zg‘atuvchisi gramm manfiy xarakatchan polimorf tayoqchalar, fakultativ anaerob, spora va kapsula hosil qilmaydigan, Enterobacteriaceae oilasiga kiruvchi Proteuslardir.

Ko‘pincha oshqozon-ichak trakti *P.mirabilis*, *P.morgani*, *P.vulgarislar* zararlaydi.

Protey mikroblarining 2 ta antigeni bor: somatik O-antigen (termostabil) va xivchinli N-antigen (termolabil), enterotoksin hosil qiladi, gemolizin, leykosidin, gialuronidaza, fibrinolizin, tashqi muhitga chidamli ba’zi dezinfeksiyalovchi eritmalarga kam ta’sirchan (fenol, rivanol, furasillin) va ko‘p antibiotiklarga ta’siri yo‘q (polimiksin, eritromitsin, oleandomitsin va boshqalar).

EPIDEMIOLOGIYASI. Proteus mikrobi tashqi muhitda keng tarqalgan bo‘lib, hayvon chiqindilari va go’shtlari orqali tarqaladi. Kasallik manbai protey infeksiyasi bor bemor hisoblanadi. Ba’zida sog‘lom tashuvchilar ham bo‘ladi.

Kasallanish hayvon orqali yuqadi. Oziq-ovqat maxsulotlari orqali (go’sht, baliq, tovuq, kolbasalar), iflos qo‘llar orqali, suv va tuproqdan zararlanish bo‘ladi. Protey mikroblari organizmga tushgandan so‘ng, endotoksin ishlab chiqariladi. Bu bilan organlarda o‘zgarishlar kelib chiqmaydi. Kasallik yoz oylarida ko‘p uchraydi. Zararlangan ovqat mahsulotlarini iste’mol qilish natijasida kelib chiqadi.

Protey infeksiyasi ilk yoshdagi bolalarda, fon kasalliklari bor bemorlarda, antibakterial preparatlar bilan uzoq davolanishi natijasida rivojlanadi.

PATOGENEZI. Ekzogen zararlanish tufayli yoki disbakterioz asosida, antibakterial preparatlar ishlatish va immun sistemasini pasayishi natijasida kelib chiqadi. Ovqat toksikoinfeksiyasi asosida massiv zararlanish endotoksin hisobiga rivojlanadi, bu protey mikroblarining ko‘p miqdordagi xalokati tufayli oshqozon xazm traktida ajraladi. Endotoksin oshqozon xazm trakti shilliq qavatini zararlab intoksikatsiyaning simptomlarini keltirib chiqaradi. Kontakt yo‘l bilan zararlanganda

yoki endogen infeksiya ta'sirida patologik jarayon sekin-asta ingichka va yo'g'on ichakda enterit, enterokolit shaklida rivojlanadi. Yuqori invazivlik natijasida ichak devoriga bakteriyalarni bir qismi kirib olib saqlanadi. Bir necha kun bu yerda ko'payishi ham mumkin, asosan buyrak va limfa tugunlarida. Immunitetning o'ta sust bo'lganida ikkilamchi o'choqlar rivojlanadi, bunda pnevmoniya, pielonefrit, yiringli meningit ko'rinishida bo'lishi yoki tarqalgan septik holatda bo'lishi mumkin. Gastroenteritik formasida ingichka ichakda va oshqozonda morfologik o'zgarishlar bo'ladi. Yallig'lanish infiltrasiyasi, yuzaki distrofiya va yuzaki shilliq pardasida katta miqdordagi shilimshiqlar bo'lishi mumkin.

Enterokolitda yo'g'on ichakning shilliq pardasida analogik o'zgarishlar bo'ladi, ilk yoshdagi bolalarda yarali-eroziv proktosigmoidit bo'lishi mumkin.

KLINIKASI. Oshqozon-ichak formasi gastroenterit (ovqat toksikoinfeksiyasi), enterit va enterokolit ko'rinishida bo'lishi mumkin. Gastrit va gastroenterit katta yoshdagi bolalarda uchraydi. Yashirin davri 2-5 soat. Kasallik o'tkir, bosh og'rishi, behollik, qaltirash, ko'ngil aynish va qayta-qayta qayt qilish bilan boshlanadi. Tana harorati past yoki normada bo'lishi mumkin, ba'zida 38-39°C gacha 1-2 kun ko'tarilishi mumkin. Intoksikasiya simptomlari bilan birgalikda qorinda qattiq og'riq, epigastral sohada, ba'zida yelka, qorin sohasida. Ichi suvsimon, suyuq, patologik ajrilmalarsiz bo'lishi mumkin. Ba'zida najasda shilimshiq va qon tomchilari bo'lishi kuzatiladi. Qorin o'ta dam, yumshoq, og'riqli, jigar va taloq kattalashmagan. Tili nam, karashlangan. Og'ir hollarda arterial bosimni tushishi natijasida kollaps rivojlanadi.

Bemor rangi oqargan, oyoq-qo'llari sovuq, sovuq ter bosadi, talvasalar kuzatiladi. O'lim holatlari bo'lishi mumkin. Juda ko'p hollarda kasallik o'rta og'irlikda yoki yengil formasida 2-6 kundan so'ng to'la tuzalish bilan tugashi mumkin.

Enterit va enterokolit chaqaloqlarda va kasallikga moyil bolalarda kuzatiladi. Yashirin davri 2-5 kun. Kasallik o'tkir yoki asta-sekin boshlanadi. Kasallik qisqa muddatli isitmani ko'tarilishi, intoksikasiya simptomlari (bo'shshishlik, adinamiya, qayt qilish va boshqalar.) ichining buzilishi bilan kechadi. Bemorning bezovtaligi qorindagi og'riq bilan bo'ladi. Najas ko'p, suyuq, ko'pikli, zangori-shilimshiq va qon aralash, o'tkir hidli bo'ladi. Terisi oqish rangda, qorni o'ta dam, ingichka va yo'g'on ichak sohasida churillashlar va og'riq bo'ladi. Anus atrofi qizargan. Og'irligiga qarab yengil, o'rta og'ir va og'ir bo'lishi mumkin.

O'tkir kechishi (1 oygacha), cho'zilgan (1-3 oy) va surunkali (3 oydan ortiq) bo'lishi mumkin.

Tashhis qo'yish namunasi: «Protey ichak infeksiyasi» (enterokolit), o'rta og'irlikdagi formasi, cho'zilgan kechishi.

TASHHISLASH. Protey ichak infeksiyasi najasining suyuq, suvsimon, o'tkir hidli, ko'pikli shilimshiq, qon, zangori aralashmalar bilan bo'lishiga asoslanadi. Sigmoid ichakdagi, qorindagi qattiq og'riq xarakterlidir. Intoksikasiya simptomlari kuchli rivojlangan bo'ladi.

Periferik qonda leykopeniya yoki normotsitoz, neytropeniya chapga siljishi bilan, limfotsitoz, ECHT 15-25 mm/s.

Kolonoskopiyada kataral yoki kataral-gemorragik, ba'zida eroziv proktosigmoidit ko'rinishida bo'ladi.

Asosiy tashhis uchun bakteriologik va serologik tekshiruv ahamiyatga ega. Bakteriologik tekshiruv uchun najas, qusuq moddasi, oshqozon yuvindi suvi, shubha qilingan ovqat qoldig'i, onasining ikkala ko'kragi suti olinadi. Tashqi muhitda shartli patogen bakteriyalar chaqiruvchi protey infeksiyasini diagnostikasi uchun juda ko'p miqdorda ekmlar tayyorlash kerak. Protey shtammi aniqlangan bemorlardan RA yoki RIGA tekshiriladi. Maxsus antitelalarning 4 va undan ortiq; titrini oshishi protey infeksiyasi tashhisini tasdiqlaydi.

DAVOLASH. Yengil formasida davolash uy sharoitida olib borilsa ham bo'ladi. Og'ir hollarda, gastroenterit formasida, ovqat toksikoinfeksiyasida birinchi soatlarda oshqozon yuviladi. Antibiotiklar o'rta og'ir va og'ir formalarida protey shtamlari sezgirligiga qarab tavsiya qilinadi. Ko'proq; aminoglikozidlar tavsiya qilinadi. *Saccharomices Boulardi* – Enterol 250 va boshqa turdagi bifidumbakteriyalar ham ishlatiladi.

PROFILAKTIKASI. Tug'ruq uylarida, bolalar bo'limlarida, bolalar uylarida va umumiy ovqatlanish muassasalarida sanitar-gigienik qoidalarga qat'iy rioya qilish katta ahamiyatga ega. Erta diagnostika bemorlarni izolyasiya qilish, makroorganizmga qarshi himoya kuchini kuchaytirish ahamiyat kasb etadi.

KAMPILOBAKTER ICHAK INFEKSIYASI

Kampilobakter ichak infeksiyasi - o'tkir oshqozon ichak trakti kasalligi bo'lib, campylobakter chaqiruvchi, gastroenterit yoki enterokolit tipida, kamdan-kam hollarda tarqalgan formada kechishi mumkin.

ETIOLOGIYASI. Campylobakter turkumiga kiruvchi spirillaceae oilasiga mansub mayda xarakatchan grammanfiy vibrionlar kiradi. 3 ta turi bor: C. yeyuni, C.coli, C. fefus. Kasallikni ko'proq C. yeyuni turi chaqiradi.

Bakteriyalar keng tarqalgan bo'lib, sog'lom odamlar orasida 1-15% tashkil qiladi. Bakteriya tashuvchanlik holatlari yoki boshqa bir hil xastaliklarni chaqirishi qobiliyatiga ega.

EPIDEMIOLOGIYASI. Kasallik manbai hayvonlar. Bakteriya tashuvchilar cho'chqalar, otlar, yirik shohli qoramol, itlar va qushlar. Bakteriyalar sutdan, go'shtdan, kolbasa mahsulotlaridan ajraladi. Kasallik zararlangan oziq-ovqat mahsulotlari, kontakt yo'li bilan, suv orqali yuqadi. Hayvonlar, odamlar, kasallar va tashuvchilar orqali tarqaladi.

Kampilobakter infeksiyasi 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda (70%), sun'iy ovqatlanishdagi, hamroh kasalliklar bilan va asosiy kasallik bilan birgalikda kuzatiladi. Yoz va kuz oylarida kasallik ko'proq ro'yxatga olinadi. Sporadik kasallik mikst-infeksiya tarkibida uchraydi. Zararlangan suv va oziq-ovqat mahsulotlari iste'mol qilishi natijasida epidemik portlashlar kuzatilgan. Tug'ruq, uylarida, chala tug'ilgan bolalar bo'limlarida epidemiga qarshi tartibning buzilishi natijasida kasallikni ko'tarilish ehtimoli bor.

PATOGENEZI o'rganilmagan. Kirish darvozalari oshqozon ichak trakti. Ingichka va yo'g'on ichak bo'limlarida bakteriyalar ko'payishi sodir bo'ladi, bunda mahalliy o'choqda yallig'lanish: enterit, kolit, enterokolit ko'rinishida bo'ladi. Kampilobakteriyalar yuqori invazivlik xususiyatiga egadir. Kasallik patogenezida endotoksemiya, bakteremiya. Tarqalgan septik formalarini rivojlanishiga bog'liqdir. Kasallik o'tkazgandan so'ng qonda maxsus antitelalar topiladi. Immunitet 1 yilgacha, turg'un emas.

Yo'g'on va ingichka ichakning shilliq, pardalarida yallig'lanish holatlari, neytrofil infiltrasiyasi, kriptalardagi abtsess, epiteliallarda mitotik aktivligi oshgan.

Kron kasalligini eslatuvchi yarali kolit, nekrozlardan qon quyilishlar bo'lishi mumkin.

KLINIKASI. yashirin davri 2-5 sutka, ba'zida 10 sutkagacha cho'zilishi mumkin. Kasallik o'tkir, isitmani 40° gacha ko'tarilishi, qayt qilish, anoreksiya bilan boshlanadi. Katta yoshdagi bolalar bosh og'rig'i, behollik, titrash, mushaklardagi og'riq, bo'g'imlardagi og'riq va qorindagi og'riqdan shikoyat qiladilar. Ilk yoshdagi bolalar behollikdan bezovta bo'ladi. Kasallikni birinchi kunlari suyuq suvsimon badbo'y hidli, 2-5-20 martagacha ich ketishi bo'ladi. 2- va 3-sutkalarda najasda qon va shilimshiq paydo bo'lishi, ba'zida melena ko'p miqdorda bo'lishi mumkin.

Qorinda qattiq og'riq bezovta qiladi, kindik atrofida ko'proq o'ng tomonda. Ich kelishidan avval og'riq kuchayadi. Ich kelganda ichakdagi og'riq kamayadi. Koprologik tekshiruvda neytrofillar, leykositlar va eritrositlar miqdori ko'p bo'ladi, shilimshiq ham bo'lishi mumkin.

Qonda leykositoz, ECHT 25-40 mm\soat, ba'zan 60 mm\soatgacha oshishi mumkin. Intoksikasiya belgilarini yaqqol namoyon bo'lishi kasallikni yengil, o'rta og'ir va o'ta og'ir ko'rinishida bo'ladi.

KECHISHI. O'tkir, 2-3 kundan so'ng tana harorati normallashadi. Najas 3-4-kuni ba'zida 2-3 haftasida normallashadi. Najas normallashgandan so'ng ko'p bemorlarda qorindagi og'riq davom etadi, ba'zan og'riq kuchayishi mumkin. Kasallikni 10-15 kuni tuzalish bo'ladi. 2-3 haftadan so'ng residiv bo'lishi mumkin.

TASHHIS. Ichak kampilobakter infeksiyasi bemor bolada isitma, najasni suyuq qon va shilimshiq aralash qon kelishi qorinni pastki qismidagi og'riq, diareya sindromini ichi sutkadan bir necha kungacha davom etuvchi og'riq najas normal holda oshganida ham saqlanadi. Bu boshqa infeksiyalarga xos bo'lmagan simptomdir. Bakteriologik va serologik tahlil yakuniy tashhis qo'yishda katta ahamiyatga ega, serologik diagnostika uchun RA, RIGA va RSK, immunoflyuorestsensiya metodi ham ahamiyatga ega.

DAVOLASH boshqa ichak infeksiyalaridagi kabi patogenetik terapiya. Antibiotiklar o'rta og'ir va og'ir formalarida ishlatiladi. Vitaminoterapiya, eritromitsin, nitrofurantoin tavsiya qilinadi. *Saccharomyces Boulardi* – Enterol 250 ishak florasini tiklashda ahamiyatlidir.

PROFILAKTIKASI Boshqa ichak kasalliklari kabidir. Aktiv profilaktika hali ishlanmagan.

KLEBSIELLYOZ ICHAK INFEKSIYASI.

Bolalar o'rtasida gastrit, enterokolit va enterit ko'rinishida kechuvchi ichak infeksiyasi - ko'p uchrovchi klebsillyoz ichak infeksiyasidir.

ETIOLOGIYASI. Klebsiellalar - gramm manfiy, Enterobacteriaceae oilasiga kiruvchi, xarakatsiz, kapsulali tayoqchalardir. Kapsulali K-antigenini 80 dan ortiq serovarlari bor, somatik O-antigenini 11 ta guruhi bor.

Odamda ko'proq *K.pneumoniae*, *K.rhinoseleromatic*, *K.ozaenae*, *K.oxytoca* ko'proq kasallik chaqiradi. Klebsiellalar endotoksin hosil qiladi, *K.pneumoniae* termostabil ekzotoksin ishlab chiqaradi. Tashqi muhitga juda chidamli, dezinfeksiyalovchi eritmalarga hamda ko'p antibiotiklarga ham chidamli. Muzlatgichda ko'payish xususiyatga ham egadir. Sanitar-gigienik qoidalarga rioya qilmaslik natijasida medisina personalini qo'lidan, suvdan, sut mahsulotlaridan, go'shtdan, baliqdan va sabzavotlardan topilishi mumkin.

EPIDEMIOLOGIYASI. Kasallik manbai odamlar va hayvonlar, tashuvchilar va bemorlar. Chaqaloqlar onasi orqali tug'ruq vaqtida zararlanadilar. Bolalar esa tug'ilganidan so'ng parvarish materiallari orqali yuqishi mumkin. Kam hollarda zararlanish oziq-ovqat mahsulotlari orqali yuqishi mumkin, bunda endo- va

ekzotoksinlar yuqori darajada oziq-ovqat mahsulotlarida to'planadi. Bu mahsulotlarni tashish vaqtida, tarqatish vaqtida, saqlanishiga bog'liq. Havotomchi yo'li orqali ham yuqishi mumkin.

Ichak klebsiellyoz infeksiyasiga chaqaloqlar, chala tug'ilganlar va kasallikka moyil bolalar chalinuvchan bo'ladilar. Bunday bolalar tug'ruqxonada, bolalar uylarida, bolalar bo'limlarida, yuqumli kasalliklar shifoxonasida yuqtirgan bo'ladilar. Bu kasallik mavsumiy emas.

PATOGENEZ. Infeksiyaning kirish darvozasi oshqozon-xazm yo'llari. Kasallik ekzogen va endogen zararlanish bilan rivojlanadi. Asosiy patogenetik jarayon toksemiya bo'lib, klebsiellalarning oshqozon va ingichka ichakda juda ko'p miqdordagi xalokati tufayli bo'ladi. Endo- va ekzotoksinlarni ajralishi natijasida klebsiellalar invazivlik xususiyatiga ega bo'ladi, bu massiv bakteremiya ichaklardan tashqarida infeksiya o'choqlari rivojlanadi (meningit, pielonefrit, pnevmoniya, sepsis).

Ichak klebsiellyoz infeksiyasining tarqalgan formasi kam uchraydi. Bu chala tug'ilgan, kasallikka moyil, immunodeffisit holatdagi bolalarda uchraydi. Bunday zararlanish faqat klebsiellalarning gospital shtammi orqali bo'ladi.

Ingichka va yo'g'on ichakning shilliq pardalari shishgan, qizargan, mayda qon quyilishlar va mikroeroziyalar bo'lishi mumkin. Ichak bo'shlig'ida to'q-zangori suyuqlik, shilimshiq va qon aralash bo'ladi. Og'ir hollarda katta qon quyilishlar, yaralar, yiringli-fibroz qoplamalar bo'ladi. Nekroz o'choqlari bo'lishi ham mumkin, stafilokokk va yiringli-yashil tayoqcha qo'shilganda peritonit holatlari kuzatiladi. Tarqalgan formasida barcha organlarda infiltratlar o'pkaning, bosh miyaning jigarning absessigacha bo'lishi mumkin. Ko'p holatlarda DVS sindromi kuzatiladi.

KLINIKASI. Yashirin davri 3-5 soatgacha. Yoppasiga zararlanish bo'lganda, kontakt yo'l bilan zararlanganda 3-6 sutkagacha bo'lishi mumkin. Kasallik o'tkir yuqori haroratini 38-39°S gacha yoki 40°S gacha ko'tarilishi, qayt qilish, ichning suyuq kelishi bilan boshlanadi. Birinchi sutkaning oxiriga kelib bolaning ahvoli og'ir bo'lishi mumkin. Toksikoz va eksikozning simptomlari yaqqol bo'lishi: teri rangining oqish-kulrang bo'lishi, turgorligining pasayishi, qornining dam bo'lishi, ichining suyuq, suvsimon, zangori rangda, enterit va enterokolit xarakterdagi 5-10, ba'zida 15-25 martagacha/sutkasiga, shilimshiq aralash, ba'zida qon aralash bo'lishi mumkin.

Kasallikning yengil formasida xarorat normal yoki subfebril bo'ladi. Intoksikasiya simptomlari kam bo'ladi. Ichining 5-8 martagacha ko'payishi, patologik ajralmalarsiz, najas o'z ko'rinishini o'zgartirmaydi. Tana vazniga vazn

qo‘shilmaydi. Kasallik 3-5 kun davom etadi. Katta yoshdagi bolalarda kasallik yengil ovqat toksikoinfeksiyasi tipida kechadi.

DIAGNOSTIKASI. Klebsiellalar najas va qusuq massalarining bir necha bor ekilganda topiladi. RA va RSK (komplement bog‘lovchi reaksiya) yordamida maxsus antitelalar titrini ortishi katta ahamiyatga egadir.

DAVOLASH. Ichak infeksiyalarida qabul qilingan patogenetik terapiya qo‘llaniladi. Antibiotiklar aniqlangan shtammlar sezgirligiga qarab tavsiya qilinadi. Ko‘proq gentamisin, nitrofuronlar yaxshi ta‘sir ko‘rsatadi. Rezistentlikni ko‘taruvchi preparatlar va bakteriyaga qarshi *Saccharomices Boulardi* – Enterol 250, bifidibakterin, laktobakterin, bifikol preparatlari katta ahamiyat kasb etadi.

PROFILAKTIKASI. Tug‘ruq uylarida, somatik va yuqumli kasalliklar shifoxonalarida, chala tug‘ilgan bolalar bo‘limlarida sanitar-epidemiologik tartibga qat‘iy rioya qilish katta ahamiyatga ega. Epidemiologik tartib buzilishi natijasida klebsiellalar medisina xodimlari qo‘llari orqali, ona ko‘kragi so‘rg‘ichlari orqali, medisina asboblari, plyonkalar, donor suti orqali katta miqdorda o‘shishi mumkin. Bemor bolalarni ichak dissosiyasi bilan izolyatsiya (ajratish) qilish, kasallik tarqalishiga qarshi chora-tadbirlar o‘tkazish katta ahamiyatga egadir.

SITROBAKTER ICHAK INFEKSIYASI

Sitrobakter ichak infeksiyasi-bu o‘tkir yuqumli kasallik bo‘lib citrobakter turkumidagi shartli patogen bakteriyalar chaqiruvchi oshqozon ichak traktini zararlovchi enterokolit va ovqat toksikoinfeksiyasi ko‘rinishida bo‘ladigan kasallikdir.

ETIOLOGIYASI. Enterobacteriaceae oilasiga kiruvchi, citrobakter turkumidagi, gramm manfiy tayoqchalardir. Tayoqchalarning 2 hil turi va bir necha 10 serovar aniqlangan. Bakteriya endotoksin xosil qiladi.

EPIDEMIOLOGIYASI. Kasallik manbai bemor va kasallik tashib yuruvchilardir. Uy hayvonlari orqali zararlanish mumkin. Infeksiya oziq-ovqat mahsulotlari orqali yuqishi mumkin (go‘sht, sut, tovuq go‘shiti). Ilk yoshdagi bolalarga kasallik kontakt yo‘li bilan yuqishi mumkin. Zararlanish o‘yinchoqlar, so‘rg‘ichlar, yo‘rgaklar orqali yuqishi mumkin.

PATOGENEZI o‘rganilmagan.

KLINIKASI. Kasallik ovqat toksikoinfeksiyasi, enterokolit va tarqalgan septik formasida kechishi mumkin. Sitrobakter etiologiyali ovqat toksikoinfeksiyasida kasallik zararlangan ovqatni iste‘mol qilgandan so‘ng epigastral sohadagi og‘riq, ko‘ngil aynishi, umumiy behollik, qayt va ich kelishini sutkasiga 2-5 marta suyuq

kelishi bilan boshlanadi. Tana xarorati subfebril bo'lishi mumkin, tili oq; karash bilan qoplangan. Ichaklarda chuldirash bo'ladi. Najas patologik ajralmalarsiz bo'ladi. Xastalik kechishi qisqa vaqt bo'ladi. 3-5 kundan so'ng sog'ayish bo'ladi. Kasallikka moyil bolalarda kasallik entrokolit holida kechadi. Asosiy simptomlar isitma, toksikoz simptomlari, ichakdagi buzilishlar yaqqol namoyon bo'ladi. Najas enteritik shilimshiq aralash va juda kam hollarda qon aralash bo'lishi mumkin.

TASHHIS. Ichak sitrobakter infeksiyasi faqat bakteriologik va serologik tekshiruvlarning natijalariga asoslanadi.

DAVOLASH. Boshqa ichak infeksiyalari kabi bo'ladi.

PROFILAKTIKASI. Ishlab chiqilmagan.

YASHIL YIRINGLI INFEKSIYASI

SHPM chaqiruvchi kasalliklarning klinik formalaridan biri bo'lib yashil yiringni tayoqchalar chaqiradi va ovqat toksikoinfeksiyasi, yiringli nekrotik entrokolit ko'rinishida bo'ladi.

Yashil yiringli tayoqcha hozirgi davrda eng ko'p tarqalgan shifoxona ichi infeksiyalarining qo'zg'atuvchilaridan biri xisoblanadi. Ko'p uchrovchi klinik formalaridan pnevmoniya yiringli meningit sepsis kasalliklari xisoblanadi. Oshqozon ichak formasi faqat chaqaloqlarda chala tug'ilganlarda katta yoshdagi bolalarning birlamchi va ikkilamchi immunodefitsit xolatlarida uchraydi.

ETIOLOGIYASI: Yashil yiringli tayoqcha psevdomonos aeruginosa turkumiga kirib, psendomonadaceai oilasiga mansubdir. Bu grammanfiy xarakatchan tayoqcha bo'lib aerob yashil va ko'k pigment ajratib chiqaradi, yuqori toksigenlik xususiyatiga ega bo'lgan A, V, S ekzotoksinlar ajratadi, gemolin, entrotoksin, leykosidin, pollagenaza, elastaza va boshqa proteinazalar ham ajratadi.

Somatik O-antigeni 13 ta sero gruppasi, xivchinli N-antigen 60 ta serovarlari bor. Yashil yiringli tayoqchani ko'p antibiotiklarga sezgirli yo'q, antiseptiklarga esa sezgirligi kam.

EPIDEMIOLOGIYASI tabiatda keng tarqalgan bo'lib yashil yiringli tayoqcha tuproqda, suvda, hayvonlarda va odam organizmidagi oshqozon va ichaklarda topiladi. Shifoxonalardan xirurgiya bo'limlaridan, tug'ruqxonalardan, reanimasiya va intensiv terapiyadan, medisina asboblaridan medisina xodimlarning qo'llaridan surtma olinganda aniqlanadi. Kasallik manbai bemor. Ochiq jaroxatli odamlar pnevmoniya, ichak disfunktsiyasi bilan atrofdagilarga xavflidir. Kasallik manbai yashil yiringli bakteriyalarni sog'lom tashuvchilari bo'lishi mumkin. Kasallik kontakt, oziq-ovqat mahsulotlari orqali yuqishi mumkin. Zararlanish asosan tug'ruqxonalarda chala tug'ilgan bolalar bo'limlarda sanitariya gigiena tartibiga rioya

qilmaslik natijasida bo‘ladi. Chaqaloqlardan tashqari bir yoshgacha bo‘lgan bolalar kasallikka moyil bo‘ladilar.

Katta yoshdagi bolalar esa kuyish jarohatlari, xirurgik operatsiyalardan so‘ng shifoxonada uzoq davolanish natijasida garmonal preparatlar va imunodepressantlar olganliklari uchun kasal bo‘ladilar.

PATOGENEZI yashil yiringli ichak infeksiyasining birlamchi ekzogen xarakterli, ikilamchi ichak disbakterozi farqlanadi. Boshqa infeksiya o‘chog‘laridan yashil yiringli ichak tayoqchasi tushib oshqozon ichak traktini ikkilamchi zararlaydi. Masalan: sepsis pnevmoniya va boshqalar. Yiringli yashil infeksiya patogenezida ekzotoksinlar katta rol o‘ynadi. Bunda (A,V,S gemolizin, enterotoksin va boshqalar) umumiy va mahalliy ekzogen zararlanishi ro‘y beradi. Kasallikka moyil tug‘ilgan bolalar hayotining birinchi oyida disbakterioz bo‘ladi. Buning natijasida yuqori invazivlik katta ahamiyatga ega. Bu esa bakteremiya natijasida kasallikning tarqalgan septik formasi rivojlanishiga sabab bo‘ladi. Yashil yiringli infeksiya ko‘p holatlarda boshqa shartli patogen bakteriyalar, salmonellyozlar, klebsillyozlar, stafilakokk infeksiyasi bilan birgalikda rivojlanadi. Yashil yiringli tayoqcha toksini ichaklarda yengil kataral yallig‘lanishdan fibrinoz nekrotik va aralash nekrotik yallig‘lanishgacha bo‘lishi mumkin. Patologo-anatomik tekshiruvda ichak tutqichlarining kengayganligi yashil shilimshiq yoki qonli suyuqlik borligi shilliq qavatlarda diffuz, joylarda fibrinoz va gemorragik ajralmalar ko‘zga tashlanadi: limfalarining kattalashuvi, yuzaki nekroz va yaralar, kriptalar, yiringli ajralmalar, leykositar infiltratsiya yaqqol namoyon bo‘ladi.

Yashil yiringli tayoqchalar bilan stafilakokk, salmonellalar va boshqa shartli patogen mikroblar bilan assosiatsiya rivojlanishi natijasida chuqur o‘zgarishlar paydo bo‘ladi. Buning natijasida nekrotik o‘chog‘lar eroziv va yaralar hosil bo‘ladi.

KLINIKASI: kasallik enterokolit, ba’zida gastroenterit tipida rivojlanadi.

Enterokolit formasida yashirin davr 2-5 kunga cho‘ziladi. Kasallik sekin asta umumiy holatining yomonlashuvi, tana xaroratini subfebrilligi qayt qilish, najasning o‘zgarishi kuzatiladi. Toksikoz va eksikozning rivojlanishi asosiy simptom xisoblanadi. Najas sutkasiga 5-20 martagacha suyuq yomon hidli, katta miqdordagi shilimshiq, zangori ba’zida qon aralash kelishi mumkin. Ba’zida ichakdan qon kelishi hollari bo‘ladi. Kasallik uzoq davom etadi, to‘lqinsimon subfebril yoki o‘ta yuqori xarorat, anoreksiya, tana vaznining tushib ketishi, qorinning damligi, ichak churillashi, anus va dumba sohasidagi qizarishlar bo‘ladi. Sigmasimon ichakdagi og‘riq va spazm kuzatilmaydi. Toksikoz 7-10 kun davom etadi. 2-3 haftada sog‘ayish kuzatiladi.

Gastritik formasida faqat katta yoshdagi bolalarda uchraydi. Bu esa oziq-ovqat mahsulotlarining zararlanishi natijasida kuzatiladi. Yashirin davr bir necha soat bo'ladi. Kasallik o'tkir ko'ngil aynishi epigastral sohadagi og'riq va ovqatni qayt qilish bilan boshlanadi. Tana xarorati normal yoki subfebril, najasi suyuq yoki bo'tqasimon, shilimshiq zangori aralash sutkasiga 5-8 martagacha kelishi mumkin. Og'ir formada kechishi mumkin kasallikning og'irligi umumiy toksikoz simptomlari bilan bog'liq, ichakdagi o'zgarishlar kam bo'ladi. Intoksikasiya simptomlarning yaqqol namoyon bo'lishi, ichakdagi buzilishlarning, yengil, o'rta og'irlikdagi va og'ir formalarida kechishi mumkin.

TASHHISLASH klinika-epidemiologik va laborator tekshiruvlariga asoslanadi. Najasda, qusiq moddada oshqozon yuvgan suvda, qonda, yiringda, balg'amda yashil yiringli tayoqchanning toza kulturasi o'sishi kuzatiladi. Maxsus antitelalar kasallik dinamikasida ortishi RA va RPGA reaksiyalarida kuzatiladi.

DAVOLASH. Antibiotiklarga yashil yiringli tayoqchanning yuqori rezistentligi sababli davolash bir muncha qiyin kechadi. Yashil yiringli tayoqchanning hozirgi davrdagi sezgirligi gentamisinga, nitrofuran preparatlargadir. Davolash umumiy stimullovchi terapiya (immunoglobulinlar, pentaksifillinlar v.b) bilan birgalikda olib borilishi shart. Bakteriyal preparatlari va fermentlar ham keng qo'llaniladi.

PROFILAKTIKASI. Shartli patogen bakteriyalar qo'zg'ovchi ichak infeksiyalari kabidir.

VIRUSLI DIAREYALAR

Bu guruh kasalliklar intoksikasiya va gastroenterit yoki enterit belgilari bilan ta'riflanadi. Bunday kasalliklar asrimizning 20- yillarida vrachlar e'tiborini jalb qila boshladi. «epidemik ichketar», «xoleraga o'xshash kasallik» kabi atamalar paydo bo'ldi. Nihoyat bu kasalliklarni viruslar qo'zg'atishi 50 yillarda ma'lum bo'ldi va enteroviruslar deb atay boshladilar.

Butun Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti ma'lumotiga ko'ra yer yuzida og'ir o'tadigan ich ketar kasalliklarining 20-40 % ini viruslar qo'zg'atadi. Xar yili dunyoda 1-2 mln. odamlar kasallanadilar. Hozirda bu turdagi viruslarning bir nechta turlari bor: rotoviruslar, noroviruslar, bokoviruslar, togoviruslar, enteroviruslar, (Koksaki va ECHO) va koronaviruslar.

Rotovirus infeksiyasi. Rotovirusning 4 hil serovari bor. Ko'pincha 2 hil serovari kasallik chaqiradi. Tashqi muhitda tez xalok bo'lmaydi.

EPIDEMIOLOGIYASI. Infeksiya manbai bemor yoki virus tashuvchi xisoblanadi. Infeksiya fekal-oral yul bilan, ba'zida havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Ko'proq 1-3 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. Mavsumiyligi qish va bahor fasllaridir.

PATOGENEZI VA PATOLOGOANATOMIYASI. Ingichka ichak shilliq pardasini zararlaydi. Natijada ichakda ovqat xazm bo‘lishi va so‘rilish jarayoni buziladi. Ichak peristaltikasi tezlashadi va ich ketishiga sabab bo‘ladi. Ichak shilliq pardasi shishadi, limfositlar, eozinofillar, plazmatik hujayralar to‘planadi. Kapillyarlar atrofida infiltratlar rivojlanadi.

KLINIKASI. Yashirin davri 15 soatdan 3-5 kungacha cho‘ziladi, Kasallik birdan boshlanadi. Ko‘p bemorlar bir marta, ba‘zan 2 marta qusadilar, ko‘p o‘tmay ichi ketsa axlati juda suyuq, yashil-sarg‘ish rangda va badbo‘y bo‘ladi. Ba‘zi bemorlarda axlati shilimshiq aralashgan bo‘ladi. Kasallik og‘ir kechganda axlat xuddi vabodagidek yovg‘on xo‘rda kabi bo‘ladi. Ko‘pchilik bemorlarda qorinning to‘shdan pastki qismi burab og‘riydi, qorin quldirashi atrofdagilarga ham eshitiladi. Intoksikasiya alomatlari qam aniqlanadi. Darmonsizlik, xarorat subfebril darajagacha ko‘tarilishi kuzatiladi. Et uvishish, qaltirash, bosh aylanish xolsizlik belgilari kuzatiladi. Teri va shilliq qavatlar qurigan bo‘ladi. Palpatsiyada qorinda biroz og‘riq, chuqur palpatsiyada o‘ng tomonning pastki qismida qorin quldiraydi.

Yuqori nafas yo‘llari yallig‘lanishi belgilari xam kuzatiladi (rinit, faringit, rinofaringit). Qonda deyarli o‘zgarishlar ro‘y bermaydi. Kasallik 2-3 kun kamida 7 kun davom etadi. O‘lim hollari kam uchraydi.

TASHHIS. Virusologik va serologik usullar (immunoxromotografik usul, gemaglyutinatsiyani tormozlash reaksiyasi, KBR) qo‘llaniladi.

DAVOSI. Etiotrop davolashda bolalar uchun Viferon-1 (orqa peshovga 2 maxal 6 kun), Fermentlar aralashirilgan dorilar (abomin, festal, panzinorm, pankreatin, mezim, digestal) keng qo‘llaniladi. Degidratatsiya belgilari bo‘lsa ORSAva regidron yordamida regidratatsiya o‘tkaziladi. Og‘ir holatlarda regidratatsiya parenteral yo‘l bilan o‘tkaziladi.

OLDINI OLISH. Vaksina ishlatiladi. Rota I -2 oylikda, RotaII - 3 oylikda, Rota III - 4 oylikda og‘izga tomiziladi.

PARAVIRUS INFEKSIYASI

Virus Norvak va SMA virusi ba‘zan gastroenteritga sabab bo‘ladi. 7 hil turi bor. Kasallik manbai- bemor odam. Kasallik havo-tomchi va fekal - oral yo‘l bilan yuqishi mumkin deb gumon qilishadi. Yilning sovuq mavsumlarida ko‘p uchraydi.

KLINIKASI. Yashirin davri 1-7 kun. Kasallik to‘satdan boshlanadi, ba‘zida bir oz xarorat ko‘tariladi. Xarorat ko‘tarilmasa ham bemorlar eti uvishib qaltiraydi, mushaklar qaqshab og‘riydi. Kasallik og‘ir kechganda vaboga o‘xshab shir-shir ich kechganda, suvsizlanish holati rivojlanadi, gipovolemik shok rivojlanishi mumkin.

Ba'zi bemorlarda qorni og'riydi. Gemogrammada nisbiy limfotsitoz, monositopeniya, ba'zan eozinofiliya kuzatiladi.

Kasallik 12-24 soatdan 2-3 kungacha davom etadi. Bemorlar doim sog'ayib ketadilar.

TASHHIS. Virusologik va serologik usullar (immunoxromotografik usul, gemaglyutinasiyani tormozlash reaksiyasi, KBR) qo'llaniladi.

DAVOSI. Etiotrop davolashda bolalar uchun Viferon-1 (orqa peshovga 2 maxal 6 kun), Fermentlar aralashtirilgan dorilar (abomin, kreon, festal, panzinorm, pankreatin, mezim, digestal) keng qo'llaniladi. Degidratatsiya belgilari bo'lsa ORSAva regidron yordamida regidratasiya o'tkaziladi. Og'ir holatlarda regidratasiya parenteral yo'l bilan o'tkaziladi.

PIKARNOVIRUS INFEKSIYASI

Bu guruh viruslariga poliomielit qo'zg'atadigan virus. Koksaki va ECHO enteroviruslari kiradi. Bulardan Koksaki A (18, 20, 21, 22, 24). ECHO (11, 14, 18) va Koksaki V (2, 3, 4) lar gastroenteritga sabab bo'ladi.

EPIDEMIOLOGIYASI. Manba bemor va virus tashuvchi odamdir. Virus tashuvchilar barcha bolalar orasida juda ko'p uchraydi. Virus tashqariga balg'am va axlat orqali chiqadi. Infeksiya fekal-oral va havo-tomchi yo'llar orqali yuqadi. Kasallik qo'shimcha epidemiya tarzida tez tarqalib ketadi.

KLINIKASI. Kasallik birdan boshlanadi, xarorat 38-39⁰S gacha ko'tariladi, intoksikasiya sindromi va gastroenterit belgilari paydo bo'ladi. Ko'ngil aynib qusadi, qorni bir oz og'riydi, kunda 4-6 marta ichi ketadi, axlati suyuq, yashil va badbo'y bo'ladi. Qorni ozgina ko'pchigan, bemorlarning ba'zilarida jigar kattalashadi. Kasallik 1-2 kun davom etadi. Sog'ayish bilan yakunlanadi. Ko'pincha enterovirus infeksiyasi gastroenterit belgilarisiz-seroz meningit, entsefalit, miokardit, epidemik mialgiya belgilari bilan o'tadi.

TASHHIS. Virusologik va serologik usullar (immunoxromotografik usul, gemaglyutinatsiyani tormozlash reaksiyasi, KBR,) qo'llaniladi.

DAVOSI. Etiotrop davolashda bolalar uchun Viferon-1 (orqa peshovga 2 maxal 6 kun), fermentlar aralashtirilgan dorilar (abomin, kreon, festal, panzinorm, pankreatin, mezim, digestal) keng qo'llaniladi. Degidratasiya belgilari bo'lsa ORSAva regidron yordamida regidratasiya o'tkaziladi. Og'ir holatlarda regidratasiya parenteral yo'l bilan o'tkaziladi. Vena ichiga 3-4 litr miqdorda poliionli eritmalar yuboriladi. Antibiotiklar berilmaydi. Chunki ular viruslarga ta'sir etmaydi.

OLDINI OLISH. Bakteriyalar qo'zg'atadigan diareyalar onadan bolaga plasenta orqali o'tmaydi. Shuning uchun chaqaloqlar o'tkir ichak kasalliklariga moyil bo'ladi. Infeksiyasidan ximoyalaniшни maxalliy mukoz immunitet xal qiladi.

Gumoral antitela onadan bolaga juda kam kontsentratsiyada o'tadi. Bu O'IK bakterial xarakterli bo'lgan diareyalardan himoya qilmaydi.

Kasallikni oldini olishda bemorni erta aniqlash va o'z vaqtida izolyasiya qilish, oilada va bolalar myassasalapida sanitar-gigienik rejimga rioya qilish. Shifoxona ichi infeksiyasini oldini olish asosiy rol o'ynaydi, respirator maskalar tutishni, dezinfeksiyalovchi eritmalarni ishlatish. Ko'krak bilan boqish uchun kurash katta ahamiyatga ega.

Test savollari

1.Esherixiozlarning nechta turi mavjud.

- A. 5 ta
- B. 3 ta
- V.10 ta
- G.15 ta

2.Qanday esherixiyalar vaboga o'hshash kasallik chaqiradi.

- A. Enteroadgeziv
- B. Enterotoksigen
- V.Enteropatogen
- G. Enteroinvaziv

3.Enterotoksigen esherixioz kimlarda ko'p uchraydi.

- A. Katta yoshdagi bolalarda
- B. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda
- V. Ko'krak yoshidagi bolalarda
- G. Sun'iy ovqatlanuvchi bolalarda

4. Enteropatogen esherixioz kimlarda ko'p uchraydi.

- A. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda
- B. Ko'krak yoshidagi bolalarda
- V. Sun'iy ovqatlanuvchi bolalarda
- G. Katta yoshdagi bolalarda

5. Enteroinvaziv esherixioz kimlarda uchraydi.

- A. Katta yoshdagi bolalarda
- B. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda
- V. Ko'krak yoshidagi bolalarda
- G. Sun'iy ovqatlanuvchi bolalarda

6. Regidratasion terapiya o'tkazishda nima hisobga olinadi.

- A. Fiziologik yo'qotish, davom etuvchi patologik yo'qotish
- B. Bemorning tana massasi
- V. Fiziologik yo'qotishga
- G. Bemorni yoshiga

7. Esherixiozda parxez qancha vaqtga belgilanadi?

- A. 3 haftaga
- B. 1 haftaga
- V. 2 haftaga
- G. 4 haftaga

8. Esherixioz bilan og'rigan bemor qancha vaqtgacha oziq -ovqat sohasida ishlashi mumkin emas?

- A. 3 oygacha
- B. 5 oygacha
- V. 6 oygacha
- G. 1 yilgacha

9. Esherixiozda klinik sog'ayishdan keyin qancha vaqtdan keyin uyga javob beriladi?

- A. 3 kundan so'ng
- B. 10 kundan so'ng
- V. 21 kundan so'ng
- G. 1 oydan so'ng

10. Esherixiozlar qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashhis qilinmaydi.

- A. Toshmali
- B. Gastroenterit bilan kechuvchi
- V. Gastroenterokolit
- G. Diareya

Shartli patogen mikroblar chaqirgan O'IK.**1. Shartli patogen mikroblariga qaysi mikroblar kiradi.**

- A. Proteyalar, sitrobakter, klebsiellalar, yashil yiringli tayoqcha,
- B. Kampilobakter
- V. Salmonellezlar
- G. Esherixiozlar

2. Shartli patogen mikroblar klinikasidagi asosiy manzara.

- A. Ovqat toksikoinfeksiyasi kabi
- B. Botulizm kabi
- V. Vabo kabi

G.Sepsis kabi

3. SHPM da kasallik manbai kimlar bo'la oladi.

A. Bemor va bakteriya tashuvchi

B. Bemor

V. Kalamushlar

G. Uy hayvonlari

4. SHPM diagnostikasida qanday tekshiruvlar amalga oshiriladi.

A. Bakteriologik va serologik

B. Virusologik

V. UTT

G. Umumiy qon taxlili

5. Rotavirusli gastroenteritga xos bo'lgan klinik manzarani ko'rsating.

A. O'tkir boshlanadi, ko'p miqdorda qusish, ich ketish, ahlati suvdek, sariq,

B. Patologik aralashmalarsiz

V. Sekinlik bilan boshlanadi, ich ketishi kam-kam, tez-tez, shilliq va qon yo'q, tenezmlar bor

G. O'tkir boshlanadi, ich ketishi ko'p miqdorda, yashil rangda, shilliq ko'p miqdorda axlati 10-12 litrgacha, suvsimon, «guruch yuvindisidek», hidsiz

6. Virusli diareyalarning asosiy davolash usuli

A. Regidratasion

B. Immun tizimni mustahkamlovchi

V. Dezintoksikasion

G. Antibiotikoterapiya

7. Rotavirusli diareyalarni kelib chiqishining asosiy sababi.

A. Ichakda osmotik bosimining ko'tarilishi (malabsorbsiya natijasida)

B. Ichaklar peristaltikasini oshishi

V. Ichak devorining o'tkazuvchanligi oshishi

G. Siklik adenilatsiklaza va adenozinmonofosfat sistemasining buzilishi natijasida

8. Eksikozda infuzion terapiyaning maqsadi:

A. Yo'qotilgan suyuqlik va elektrolitlarni tiklash uchun

B. Bemor o'zini yaxshi his qilishi uchun

V. Immunitet stimulyasiyasi uchun

G. Dezintoksikasiya maqsadida

9. Rotavirusli infeksiyada oshqozon- ichak trakti qaysi tipda zararlanadi.

A. Gastroenterit;

B. Enterit;

V. Gastroenterokolit;

G. Enterokolit.

10. Virusli diareyalarda davolash qaysi preparatlar orqali amalga oshiriladi.

A. Virusga qarshi

B. Antibiotiklar

V. Immunstimullovchi

G. Dezintoksikasion

Vaziyatli masalalar yechish:

1 masala.

Nodira 9 oylik. Yuqumli bolalar shifoxonasiga kelib onasining shikoyati bo'yicha bolani axlati suyuq, jigar rang, shilimshiq qo'shilib kelyapti. Ko'p marta qusgan, bo'shshib loxaslik alomatlari bor. Ko'z bilan tekshirganda bolani axvoli og'ir, anchagina bo'shshagan, loxaslik alomatlari ko'zga tashlanib turibdi. Teri oqish rangda, ko'kimtir va quruqshagan, teri osti to'qimalari shishinqiragan, qorni shishgan.

1. Tashxis qo'ying.
2. Klinik tashxis qo'yish uchun qanday taxlillar kerak.
3. Qaysi kasalliklar bilan taqqoslash o'tkazish lozim.

2 masala.

Bobur 2 yoshli, yuqumli kasalliklar shifoxonasida esherixioz xastaligi bilan davolanayapti. Axlatdan (0-124) serologi topilgan.

1. 0-124 serovarli esherixioz xastaligini qanday belgilarini bilasiz.
2. Davolash usullarini belgilang.

3 masala.

Sobir 5 yoshda yuqumli kasalliklar shifoxonasiga keltirilgan. Ahlati ko'p va suyuq kelishiga shikoyat qilmoqda. Qayt qilgan, terisi quruq, ahvoli o'rtacha og'ir, chanqoq kuchli, isitma 36 S, oshqozon sohasini paypaslaganda og'riq sezilyapti, qorinda quldirash alomatlari bor. Ichakda o'zgarish yo'q. Orqa peshov odatdagiday, o'zgarishsiz. Kuchanish belgilari yo'q.

1. Tahminiy tashhis qo'ying.
2. Qanday laborator tahlillarni o'tkazish kerak.

4 masala.

3 yoshli bemor tana harorati 39°S gacha ko'tarilgan, bosh og'rig'i, qayta-qayta qayt qilish va qorindagi og'riq birdaniga paydo bo'lgan. Kasallikning ikkinchi kuni meningial belgilar paydo bo'lgan.

1. Sizning tashxisingiz.
2. Bolaga qanday yordam ko'rsatish kerak?

5 masala.

Bir yoshu 6 oylik bola bog'chaga boradi. Tana harorati 38°S ga ko'tarilgan, qayt qilish kuzatilgan 2 marta, qorinda og'riq bo'lgan, yuqori nafas yo'llari katari sust rivojlangan. Kasallikning 3 kuni ichning suyuq shilimshiq aralash kelishi kuzatilgan.

1. Sizning tashhisingiz.
2. Bemor bola va mulqotdagilar bilan nima kilish kerak?

Nazorat savollar.

1. Tibbiyotda o'rganilgan esherixiozlar va SHPM qo'zg'atuvchi O'IK va virusli diareyalarining asosiy yutuqlari.
2. Esherixiozlar va SHPM qo'zg'atuvchi O'IK va virusli diareyalar qo'zg'atuvchilarining asosiy tarkibi va etiologiyasi.
3. Esherixiozlar va SHPM qo'zg'atuvchi O'IK va virusli diareyalar epidemiologiyasi jihatdan o'ziga hosligi.
4. A'zoldagi patologoanatomik o'zgarishlar.
5. Esherixiozlar va SHPM qo'zg'atuvchi O'IK va virusli diareyalarining tasnifi.
6. Esherixiozlar va SHPM qo'zg'atuvchi O'IK va virusli diareyalar tashhisotida laborator usullar.
7. Esherixiozlar va SHPM qo'zg'atuvchi O'IK va virusli diareyalarni qiyosiy tashhisoti.
8. Esherixiozlar, SHPM qo'zg'atuvchi O'IK va virusli diareyalarni asoratlari.
9. Bakteriya tashuvchanlik va surunkali kechishni davolash tamoyillari
10. Esherixiozlar va SHPM qo'zg'atuvchi O'IK va virusli diareyalarda epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar.
11. Bemor aniqlanganda shifokor taktikasi.
12. Kasalxonadan uyiga chiqarilgan bemorlar xujjatlarini rasmiylashtirish.
13. Esherixiozlar va SHPM qo'zg'atuvchi O'IK va virusli diareyali bemorlarining sindromli terapiyasi va bemorlarni kasalxonaga yotqizish tartibi.
14. Kasalliklar profilaktikasi.

5- MAVZU. ICH TERLAMA. QORIN TIFI. A VA V PARATIFLAR

Qorin tifi, ya'ni ich terlama yuqumli ichak kasalligi bo'lib, uni salmonellalar avlodiga kiradigan tif bakteriyalar qo'zg'atadi. Bu kasallik ingichka ichak devoridagi limfa tugunlari va peyer pilakchalarining zararlanishi, bakteriemiya, tana xaroratining oshishi va intoksikasiya belgilari bilan ta'riflanadi. Qorin tifi va A va V paratiflarining epidemiologiyasi, patogenezini, patomorfologiyasi, klinik belgilari bir-birlariga juda o'xshash.

Etiologiyasi. Qorin tifini qo'zg'atuvchisi shakli tayoqchaga o'xshaydi, bo'yi 0,5-0,3 mkm, xivchilari bo'lib, shu tufayli xarakat qila oladi. Gram usulida bo'yalmaydi. Hamma oziq moddalarda ko'paya oladi. Bakteriya parchalanganda endotoksin ajratib chiqaradi, uning somatik O-antigeni - issiqqa chidamli, N-antigeni xivchini bo'lib, issiqqa chidamsiz. Yi-antigeni somatik issiqqa chidamsiz. Bakteriya tashqi muxitga chidamli bo'lib, 60 daraja issiqda 30 minutda, 100 daraja issiqda o'sha zaxoti o'ladi. Oqar suvda 5-10 kun, ko'lmak suvda 30 kun, quruq suvda 1 necha oygacha, kir o'ralarda bir oydan ko'proq, sabzavot va ho'l meva (3% li), sulema (1:1000), fenol (5% li) eritmalari tif bakteriyalarini 2-3 minutda xalok qiladi.

EPIDEMIOLOGIYASI. Qorin tifi bilan faqat odamlar kasallanadi. Ya'ni bakteriya tashib yuruvchilardan yuqadi. Kasallik boshlanishi bilanoq bemor axlati, siydigi va qisman so'lagi bilan tif bakteriyalarini tashqariga chiqara boshlaydi. Bemor sog'aya boshlashi bilan bakteriyalar chiqarilishi ham kamayib, oxirida to'xtaydi. Ba'zi hollarda bemor sog'aygandan so'ng ham bakteriya chiqarish uzoq, muddat (bir necha oydan bir necha yilgacha) davom etishi mumkin. Bu shaxslar bakteriya tashuvchilar deb ataladi. Bakteriya tashuvchilik 3 oygacha davom etsa -«o'tkir bakteriya tashuvchilik», undan uzoqqa cho'zilsa (bir necha yilgacha, ba'zan umrbod) -«surunkali bakteriyalar tashuvchilik» deb yuritiladi. Surunkali bakteriya tashuvchilar qorin tifidan sog'ayganlarning 2-4% ni tashkil qiladi. Ular «rekonvalessent bakteriya tashuvchilar» deb ataladi. Bu kishilarning retikulo-endotelial sistemasi, o't suyuqligi va buyrak kanalchalaridagi mikrob o'chog'larida tif bakteriyalari uzoq muddat saqlanadi. Antibiotiklar bu o'chog'larga yetarli ta'sir qilmaydi. O'tkir bakteriya tashuvchilik holati esa qorin tifini yuqtirgan. Lekin o'zi kasallanmay qolgan kishilar orasida uchraydi. Shu sababdan ular «soglom bakteriya tashuvchilar» deb ham yuritiladi. Qorin tifi, hamda A va V paratiflarining yengil hilini oyoq uchida o'tkazayotgan bemorlar ham bakteriya tashuvchilar kabi juda xavflidir. Bu kishilarda tif borligi ko'pincha aniqlanmaydi va ular kasalxonaga yotqizilmaydilar, atrofdagilarga kasallikni yuqtiraveradi. Bakteriya tashuvchilarning oziq ovqat mahsulotlariga aloqador joylarda, aholini suv bilan ta'minlaydigan muassasalarda ishlashi juda xavflidir, Qorin tifi og'iz orqali

yuqadi. Bemor va bakteriya tashuvchi tif bakteriyalarini axlati va siydigi bilan tashqariga chiqaradi va bu bakteriyalar sog‘ kishilar organizmiga og‘iz orqali kiradi. Qorin tifi muloqot yo‘li va oziq - ovqat, xamda suv orqali tarqaladi.

Muloqot 2 hil bo‘ladi.

- a) bevosita muloqot, bemor bilan qo‘l berib ko‘rishish, uni parvarish qilish;
 - b) vositali muloqot - bemor foydalangan turli xil predmetlar bo‘lishi mumkin.
- Kasallik muloqot bilan yuqqanda bemorlar soni asta-sekin ko‘paya boradi. Tif suv orqali yuqqanda to‘satdan ko‘p odam kasallanadi (suv epidemiyasi). Ifloslangan suvdan ishlatish cheklansa, kasallanish ham kamayadi. Tif oziq-ovqatdan (sutdan) kasallanish birdaniga ko‘payadi (sut epidemiyasi). Bu hodisa kasalxonalarda, bog‘chalarda uchraydi. Kasallik yoz, kuz mavsumida ko‘p uchraydi. Kasallikni tarqalashida pashsha katta rol o‘ynaydi. Qorin tifi bilan kasallangandan so‘ng umrbod immunitet qoladi.

PATOGENEZI. Og‘iz orqali kirgan bakteriyalar oshqozondan o‘tib, ingichka ichakka kiradi. Ularni bir qismi axlat bilan tashqariga chiqariladi. Qolganlari esa ichak shilliq pardasidagi limfoid tugunlar (solitar follikulalar) va peyer pilakchalariga kirib, u yerda tez ko‘payadi. Shu davrdan boshlab organizmda himoya reaksiyasi boshlanadi Limfogen to‘qimalar yallig‘lanishi natijasida giperplaziyaga uchraydi. Bu davrni-tif bakteriyasini organizmga kiritish davri deb ataladi.

Ikkinchi davr-limfangoit va limfadenit davri deb ataladi. Bakteriyalar limfa tugunlariga o‘tadi va ko‘payishda davom etadi. Bu bezlarda ham reaktiv yallig‘lanish boshlanadi. Immunitet kuchli bo‘lgan hollarda bakteriyalar limfa tugunlarining o‘zida halok bo‘ladi va kasallik rivojlanmaydi. Ko‘pincha

bakteriyalar mezenterial limfa tugunlarida ko‘payib butun organizmga tarqaladi. Shunda 3-davr bakteremiya boshlanadi. Shu vaqtdan boshlab, dastlabki simptomlari ko‘rina boshlaydi. Bakteriya og‘iz orqali yuqqandan to‘qonga tushgunga qadar oradan o‘tadigan vaqt qorin tifining yashirin davriga to‘g‘ri keladi. Bemor qonida bakteriyalarni bir qismi xalok bo‘lib, endotoksin ajralib, organizmni zaharlaydi intoksikasiya boshlanadi MNS, vegetativ nerv sistemasi va yurak qon tomir sistemasi shikastlanadi. Patogenezning bu davri - intoksikasiya davri deb ataladi. Qonda bakteriyalar qancha ko‘p o‘lsa, intoksikasiya shuncha kuchli bo‘ladi. Shunday bo‘lishiga qaramay bemor organizmi o‘zining mavjud himoya vositalarini safarbar qiladi. Jigar, taloq, suyak ko‘migi, limfa tugunlari va retikulo-endotelial sistema to‘qimalari qonda aylanib yurgan tif bakteriyalarini o‘ziga qamrab oladi, qonda mikroblar soni qisman kamayadi. Ammo a‘zolarga o‘rnashib olgan bakteriyalar ko‘payishda davom etib, to‘planib qolgan mikroob rezervuariga aylanadi. Vaqti-vaqti bilan bu a‘zoldan bakteriyalar qonga tushib turadi. Bu beshinchi davri -

parenximatoz diffuziya, ya'ni hamma parenximatoz a'zolariga bakteriyalar o'tadigan davr hisoblanadi.

Bemor organizmi tif bakteriyalariga qarshi kurashni davom ettirib boraveradi. Endigi navbatda hamma chiqaruv organlari safarbar qilinadi. **Liberkyun** bezlari, so'lak va ter bezlari, ko'krak bezi (emizuvchi ayollarda) jigar va buyrak orqali bakteriyalar tashqariga chiqarila boshlaydi. Bu oltinchi davr-organizmni bakteriyalardan xalos qilishga qaratilgandir. Liberkyun bezlari orqali va o't suyuqligi bilan ichakka tushgan bakteriyalarning ko'pchiligi axlat bilan tashqariga chiqariladi. Qolgan qismi yana qaytadan solitar fallikulalar va peyer pilakchalariga o'tadi. Kasallik yuqqanidan so'ng tif bakteriyalari birinchi marta kirganida limfa to'qimalari shu mikrobgga o'ta sezuvchan bo'lib qoladi (sensibilizasiya), O'sha mikroblar qaytadan kirganda allergik reaksiya boshlanishiga sabab bo'ladi. Bu patogenezning yettinchi allergik reaksiyalari davridir. Boshqacha aytganda, ichak limfa apparatiga tif bakteriyalari qayta to'qnashganida ularda giperergik tus oladi, keyin nekroz boshlanib yara paydo bo'ladi. Bakteriyalar tashqariga chiqarilishi bilan bir vaqtda organizmda kasallikka qarshi immunitet shakllanib boradi va bemor sog'aya boshlaydi. Bu sakkizinchi davr - immunitet paydo bo'lishi va bemorni sog'ayish davri deb yuritiladi.

Bu davrda organizmni izdan chiqqan faoliyati o'z asliga kela boshlaydi. Shunday qilib, qorin tifi patogenezi shartli ravishda 8 davrga bo'linib, bu davrlarda bemor organizmi bilan bakteriya o'rtasida beto'xtov davom etadigan kurashni aks ettiradi, Kasallikni o'tishi va oqibati bemor organizmining kuch-quvvati, ya'ni bakteriyalarga qarshi kurasha olishiga bog'lik. Bemor organizmida yuz beradigan hamma jarayonlar markaziy nerv sistemasining boshqaruvi va nazorati ostida sodir bo'ladi, Demak bemorning oliy nerv faoliyatining holati uning ruhi va kayfiyati, atrofidagi muhit sharoitlari tifning klinik o'tishi va oqibatiga katta ta'sir qiladi. Ba'zan organizmni bakteriyadan xalos bo'lish jarayoni oxirigacha bormasligi mumkin. Bunda turli organlarda mustahkam o'rnashib olgan tif bakteriyalari bemor sog'ayganidan so'ng ma'lum vaqt (1-2 xafta va ko'proq) o'tgach, yana qaytadan ko'payib, qonga tushadi va tifning qaytalanishiga sabab bo'ladi - *tif residivi* deb aytiladi.

Bemor himoya kuchlari o'jiz bo'lganda, tif mikroblari mononuklear - fagositar sistema xujayralarida uzoq muddat (bir necha yillargacha) saqlanib yashay oladi. Surunkali bakteriya tashuvchilar o'zlari sog'lom bo'lgani holda atrofga tif mikroblarini tarqatib yuradilar.

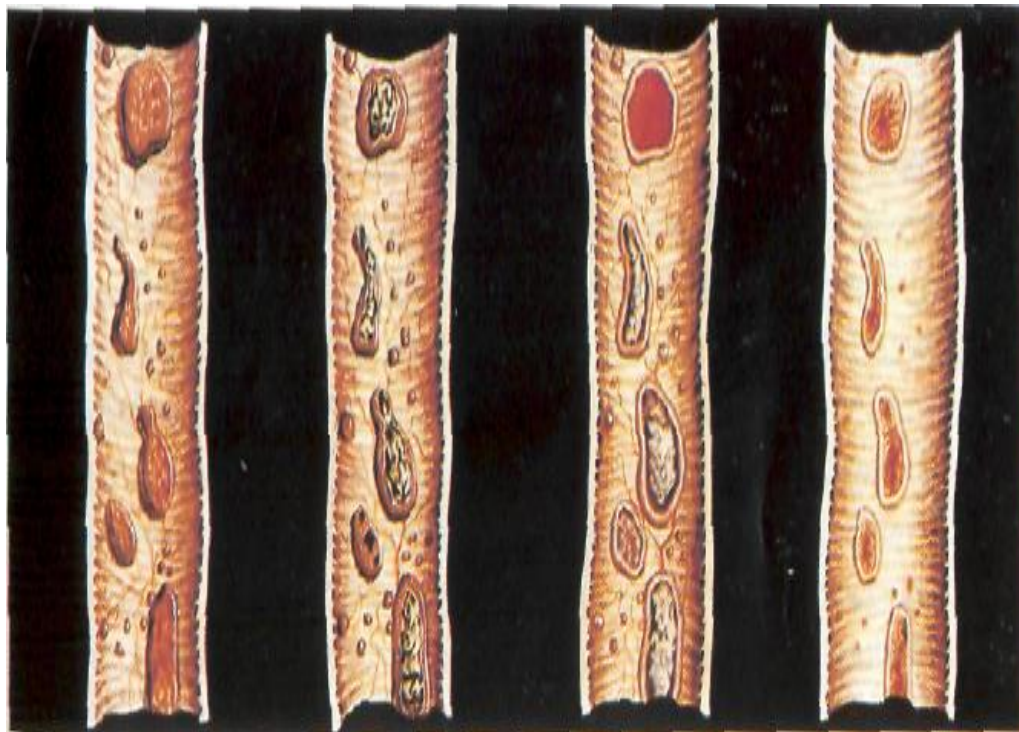
PATOLOGIK ANATOMIYASI. Tif bakteriyasining endotoksini ta'siri natijasida hamma organlarda patologik o'zgarishlar yuz beradi. Ingichka ichakning

yo'g'on ichakka o'tish yo'lida o'ziga xos patomorfologik o'zgarishlar paydo bo'ladi. Bu o'zgarishlarning avj olib borishini shartli ravishda 5 davrga bo'lish mumkin.

Birinchi davr - kasallikning taxminan birinchi haftasiga to'g'ri keladi. Bunda solitar fallikulalar va peyer pilakchalari bo'rtib shishadi. Ular kesib ko'rilganda, kulrang-qizil rangda bo'lib ko'rinadi va chaqaloq bosh miyasiga o'xshaydi. Shuning uchun bu davrni «*miyasimon shishishi*» davri deb yuritiladi.

Ikkinchi davr - nekroz (2-haftaga to'g'ri keladi) shishgan solitar fallikulalar va peyer pilakchalarida nekroz boshlanib, yashil-sarg'ish yoki gugurt tusga kiradi.

Uchinchi davri-yara paydo bo'lish davrida (3 haftaga to'g'ri keladi) nekrozga uchragan to'qimalar ko'chib tushadi va o'rnida yaralar paydo bo'ladi. Yaralarning chuqurligi har xil bo'ladi. Ba'zilar peritoneumgacha borib yetadi. 3 hafta ohiri va 4 xaftasi- *toza yaralar davri* bo'lib ichakdagi yaralar halok bo'lgan to'qimalardan butunlay tozalanadi. 5-6 hafta davomida yara tuzalib bita boshlaydi. Yaralar bitganda ichak shilliq pardasining chandiqlanib tortilib qolish hollari uchramaydi. Bitgan yaralar o'rnida kulrang dog'lar qoladi Peyer pilakchalari va solitar follikulalarda giperplastik o'zgarishlar yuz beradi va tif granulemalari deb ataluvchi tugunchalar paydo bo'ladi, bu granulemalar ulkan tif hujayralaridan tashkil topadi. Ichakdagi o'zgarishlardan tashqari mezenterial limfa



7-rasm. Ingichka ichakdagi patomorfologik o'zgarishlar

tugunlarida, traxeya, bronx, va kuks oralig'i limfa tugunlarida, murtak bezlarida ham giperplastik jarayon yuz berib, tugunlar diametri 2-3 sm gacha yetadi.

Taloqda o'zgarishlar ko'p bo'lib, uni hajmi kattalashadi. Jigar shishib parenximasi zararlanadi. Taloq va jigarda juda ko'p mayda nekroz o'chog'lari ko'rinadi. Suyaklar ko'migiga qon quyilib, nekroz alomatlar va tif granulemalari paydo bo'ladi. Bemor badaniga toshma toshadi, u rozeola va papuladan iborat bo'ladi. Toshma limfa tomirlarida tiqilib qolgan tif bakteriyalarining toksini ta'sirida yuz beradigan yallig'lanishga bog'liqdir. Miokarda degenerativ o'zgarishlar aniqlanadi. Kam holda nekrotik nefroz va gemorragik nefrit uchraydi. Ko'pincha pielit va sistit aniqlanadi. Ba'zan venalarda tromboz yuz beradi. Miya moddasida esa qon tomirlari zararlanadi. Gliya xujayralari ko'payib, tugunchalar paydo bo'ladi. Vegetativ nerv sistemasida (adashgan nervda, yurakning avtonom nerv tugunlarida) degenerativ o'zgarishlar aniqlanadi. A va V paratifning patogenezi va patologik anatomiyasi xuddi qorin tifidagidek bo'lib, bir-biridan farq qilmaydi.

KLINIKA. Tifni klinik kechuvida quyidagi davrlar ajratiladi:

1. Yashirin (inkubatsion davr).
2. Boshlang'ich yoki kasallik avj olib boradigan davr.
3. Kasallikning eng zo'riqqan davri.
4. Kasallik belgilarining so'nish davri.
5. Sog'ayish davri.

- Yashirin davr 9-14 kun davom etadi, lekin 7 kungacha qisqarilishi yoki 24 kungacha cho'zilishi ham mumkin.

- Boshlang'ich davr o'rtacha 1 hafta davom etadi. Kasallik ko'pincha asta-sekin boshlanadi, birinchi kunlari bemorni darmoni qurib, badani uvishadi, boshi og'riydi, ishtahasi bo'g'iladi. Shu ahvolda u bir necha kun odatdagidek yuraverishi mumkin. Darmonsizlik kundan kunga zo'rayib boradi. Harorat ko'tarilib, uni aks ettiradigan egri chiziq xuddi zinapoyaga o'xshab, asta-sekin ko'tarilib boradi. Har kuni o'tgan kunga qaraganda 1-1,5°C ortadi va 5-7 kunlarga borib, 39-40°C ga yetadi. Qorin tifi to'satdan boshlanganda harorat tezda ko'tarilib, 2-3 kun ichida yuqori darajaga yetadi va kasallikning boshqa belgilari ham tezda ma'lum bo'ladi. Keksa va nimjon kishilarda xarorat 37,5 -38°C dan oshmasligi mumkin. Harorat ko'tarilishi bilan bir qatorda intoksikasiya kuchayib boradi. Hafta oxiriga borib, bemor boshi qattiq og'riydi, ishtaha butunlay yo'qoladi. Uyqu buziladi (kunduzi uxlab, kechasi uxlamaydi), Bosh og'rig'i bilan uyqusizlik qorin tifiga juda xarakterlidir. Bu vaqtda bemor savollarga istar-istamas javob beradi. Yuzi ozgan, badani issiq va quruq bo'ladi. Nisbiy bradikardiya, dikrotiya A/B pasayadi o'pkada tarqoq quruq xirillashlar eshitiladi (diffuz bronxit). Til qalinlashib, yon tomonlarida tish izlari tushib qoladi, o'rta va orqa qismi oq kulrang karash bilan qoplanadi, uchi va yonlari qizg'ish bo'ladi. Xalqum qizaradi, ba'zan murtak bezlari shishadi. Bemor qorni ko'pchiydi (meteorizm), ileosekal sohada

perkussiya ovozi bo'g'iq bo'ladi (Padalka simptomi). Bu belgi ingichka ichak terminal qismida yuz beradigan patologik o'zgarishlar va charvi limfa tugunlarining shishganiga bog'liq. Ileosekal soha paypaslab ko'rilganda, mayda pufakchali ichak quldirashi aniqlanadi va bemor ozgina og'riq sezadi.

1-hafta oxirida jigar va taloq kattalashadi. Bu a'zolarga tif bakteriyalari ko'p miqdorda yig'ilib qoladi. Bemorning qonini tekshirganda, kasallikning 4-5 kunlaridan boshlab u leykopeniya, leykositar qatorining chapga siljigani aneozinofiliya, nisbiy limfasitoz, trombositopeniya va eritrositlar cho'kish reaksiyasining me'yorida tezlashgani aniqlanadi. Qorindagi bu o'zgarishlar bakteriya endotoksinining suyak ko'migiga ta'sir o'tkazishiga bog'liq. Boshlang'ich kunlarda (2-3 kungacha) leykositlar soni ozgina ko'payadi (leykositlar 8 mingga yaqin bo'ladi). Siydikda ko'pincha proteinuriya, mikrogematuriya tsilindruriya kuzatiladi. Qorin tifi diagnozini 1-xaftada aniqlash oson emas, lekin bu juda muhim ahamiyatga ega. Bemor bu davrda mikrobn tashqariga kam chiqaradi, sog'lom kishilarga tif yuqishi xavfi kam bo'ladi. Agar tashhis birinchi hafta davomida aniqlanib, bemor tezda kasalxonaga yotqizilsa uyi dezinfektsiya qilinsa, kasallikni tarqalishiga chek qo'yilgan bo'ladi. Shuning uchun kasallikni boshida aniqlash katta ahamiyatga ega. Gemakulturaga qon olinadi. 1-xafta oxiri va 2-haftaning dastlabki kunlarida qorin tifini avj olgan davri boshlanadi. Bu davr 10-15 kun davom etadi. Intoksikasiya kuchayib, bemor ahvoli og'irlashadi. Kasallik simptomlari yanada rivojlanadi va yaqqol ko'rinadi. 5-6 kun davomida harorat kechayu-kunduz 39-40°C bo'ladi. Kasallik og'ir o'tganda xarorat 41°C va undan yuqori bo'ladi. Kechki va ertalabki harorat orasidagi farq 1 darajadan kam bo'lishi, kasallikning og'ir o'tayotganligidan darak beradi. Harorat yuqori bo'lgan holda uning ertalab ikki va bundan ko'proq darajaga pasayishi yaxshi alomat bo'lib hisoblanadi.



8-rasm. Vunderlix va Botkina xarorat egri chizig'lari

Xarorat chizig'i trapetsiyaga o'xshab ko'rinadi. 1-hafta davomida asta-sekin ko'tariladi, 2-hafta davomida yuqori bo'lib turadi va to'rtinchi haftada asta sekin pasayadi. Shu ko'rinishdagi xarorat chizig'i qorin tifiga xarakterligini Vunderlix e'tibor bergani uchun bunday harorat chizig'i *Vunderlix* deb ataladi. Kildyushevskiy qorin tifida harorat ko'pincha 3-4 kun ichida yuqori darajagacha ko'tariladi, deb ta'kidlaydi. Keyin harorat asta-sekin pasayib boradi. Bunday harorat chizig'i *Kildyushevskiy* nomi bilan ataladi.



9-rasm. Kildishebskiy xarorat egri chizig'i

Qorin tifi bilan og'rigan bemorning harorat chizig'i ko'pincha to'liqinsimon bo'ladi. Ya'ni bemor harorati bir necha kun yuqoriroq, va bir necha kun pastroq bo'ladi. Buni *Botkin* birinchi bo'lib ma'lum qilgan. Harorat yuqori bo'lganda bemorning ahvoli og'irlashadi va pastroq tushganda yengillashadi. Haroratni shu tarzda o'zgarib, bemor ahvolini og'irlashib va yengillashib turishi bemor organizmi bilan tif bakteriyasi o'rtasidagi kurashdir. Kasallikni 8-10 kunlarida bemorlarning ko'pchiligida (55-70%) rozeolez toshma (tariq kattaligidagi dog'lar) paydo bo'ladi. Bu dog'lar soni ko'pincha 3-5-20dan oshmaydi va asosan qorin terisida joylashadi. Toshmalar ko'p toshganida ular ko'proq bel, oyoq-qo'l terilarida ham paydo bo'ladi. Rozeolez toshmalarning hammasi bir hil yumaloq shaklda bo'ladi, Barmoq bilan bosib ko'rilganda, ularni rangi o'chadi va barmoq olinganidan keyin yana paydo bo'ladi. Har bir rozeola kichkina tugunchadan iborat bo'lib, tif bakteriyasining teriga kirishi natijasida xosil bo'ladigan infiltratdir. Rozeolalar 3-4 kundan so'ng rangi o'chib yo'qoladi, Ba'zan kasallik zo'riqishi va bakteremiya kuchayishi

natijasida yangi rozeolalar paydo bo'lishi mumkin. Kamdan kam hollarda tif juda og'ir kechganida bemor badanida gemorragik toshmalar paydo bo'lishi mumkin. Ba'zan asosan paratif V bilan og'irgan bemorlarda kaft va tovon terilari sarg'ish tus oladi-*Filippovich simptomi*. Bu karotin giperxromiyasi bo'lib, jigar zararlanishi oqibatida yuz beradigan endogen karotinemiya bog'liqdir.

Qorin tifining rosa avj olgan davrida nisbiy bradikardiya (harorat 39,5-40°C bo'lganda 80-90 ta) puls dikrotiyasi va qon bosimining pastligi yaqqol bilinib turadi. Intoksikasiya kuchli bo'lgan hollarda qorin bo'shlig'i qon tomirlari kengayadi va unda ko'p miqdorda qon to'planib qoladi, natijada venoz qon bosimi pasayib, kollaps holati boshlanishi mumkin. Miokardda toksin ta'sirida miodegeneratsiya va kasallik og'ir o'tganida miodegeneratsiya xos o'zgarishlar paydo bo'ladi. Natijada yurak chegaralari kengayadi, tonlar bo'g'iqlashadi, yurak ishining ritmi buziladi. Mayin sistolik tovush eshitiladi. Yurak muskulini qisqarish kuchi susayadi. O'pkada tarqoq, quruq xirillashlar eshitiladi. Ba'zan zotiljam simptomlari aniqlanadi, Bemor lablari qurib, qora qo'tir bo'lib qoladi. Tili kattalashaib, qalin tortadi, kulrangsarg'ish karash bilan qoplanadi. Tilning uchi va ikki yoni qip-qizil bo'lib, tishlarning izlari ko'rinib turadi. Tif og'ir o'tganida til qaqrab xuddi chang bosganga o'xshab ko'rinadi. Qorin dam bo'lib, qabziyat bo'ladi, ba'zan 2-3 marta suyuq ich kelishi mumkin. Bunda axlat sariq-yashil rangda bo'ladi, qorinning ileosekal sohasini paypaslaganda quldirash aniqlanadi va bemor ozgina og'riq sezadi. Padalka simptomi yaqqol aniqlanadi. Jigar kattalashib, pastki chegarasi to'g'ri bo'ladi va qo'lga silliq unmaydi. Paypaslaganda ozgina og'riydi, xamirga o'xshab yumshoq bo'ladi. Taloq ham kattalashadi. Oligouriya, proteinuriya, mikrogematuriya, silindruriya aniqlanadi. Siydikda bir talay tif bakteriyalari topiladi. Bu mikroblar ba'zan buyrak jomlari va qovuq yallig'lanishiga sabab bo'ladi. Ayollarda xayz sikli to'xtaydi. Homiladorlarda bola tashlash yoki erta tug'ilish xollari uchraydi. Bemor qulog'i og'irlashib, ko'zi xira tortadi. Qorin tifi rosa avjiga chiqqanda intoksikasiya kuchayib, bemor ahvoli og'irlashadi va kasallikning eng zo'riqqan davri boshlanadi. Bu vaqtda MNS toksik ta'siri natijasida zararlanishga oid belgilar ko'rinadi, avval «**tif holati**» ko'zga tashlanadi. Bemor karaxt bo'lib, atrofdagilarga e'tibor qilmay, xech kimni ko'rmagan va sezmaganda holda yotadi. Qorin tifi og'ir o'tganida bemor sopor va koma holatida bo'ladi. Ba'zan bemorning yuz muskullari tortishib, «uchib» turadi. Oyoq qo'llari beixtiyor xarakatga tushadi. Barmoqlari ixtiyorsiz xarakat qiladi. Bemor qovug'i bilan ichini ham tuta olmaydi. Qon bosimi juda pasayib, ba'zan kollaps holati boshlanadi. Bu davrda kuchli intoksikasiya ta'sirida organizm hayoti uchun muhim organlarni zararlanishi qorin

tifining havfli asoratlari va boshqa qo'shimcha kasalliklar (ichak teshilishi, ichakdan qon oqishi) natijasida bemor xalok bo'lishi ham mumkin. Nisbiy bradikardiya, puls dikrotiyasi, qon bosimining pasayishi bronxlarda ko'p shilimshiq chiqishi natijasida paydo bo'ladigan diffuz bronxit, so'lak kamayib, og'iz bo'shlig'i va tilning qaqrashi, meteorizm ba'zan ich ketishi, siydik to'xtab qolishi yoki beixtiyor siyish vegetativ nerv sistemasi n.vagus tonusining kuchayishiga bog'liqdir. Bemor sog'aya borishi bilan holat o'zgaradi va simpatik nerv sistemasining tonusi osha boshlaydi.

Vegetativ nerv sistemasi qanchalik ko'p zararlangan bo'lsa, kasallik oqibati shunchalik yomon bo'ladi. Yurak qon-tomir tizimi qovuq va ichak funksiyalarining buzilishi (taxikardiya, yaqqol ifodalangan gipotoniya, beixtiyor ich ketishi va siydik kelishi) yomon oqibat alomatlaridir. Shu simptomlar bilan so'lak chiqishining to'xtashi va tilning xuddi chang bosganga o'xshab ko'rinishi hamma vaqt o'lim yaqinlashayotganidan darak beradi. Qon tarkibida ro'y beradigan o'zgarishlar qorin tifi rosa avjiga olib kelayotgan davrdagiga o'xshash bo'ladi. Leykopeniya, nisbiy limfotsitoz, trombositopeniya, aneozinofiliya, ECHT tezlashuvi, tifga qarshi emlanganlarda qonda eozinofillar ko'rinishi mumkin. Qorin tifi ich ketish bilan o'tayotgan hollarda leykopeniya o'rniga leykositoz bo'ladi. Yosh bolalarda ham qorin tifi leykositoz bilan o'tadi. Kasallik juda og'ir o'tganida nisbiy limfotsitoz o'rniga neytrofilyoz aniqlanadi.

Kasallik simptomlarining so'nish davri. Bu davr o'rtacha bir hafta davom etadi. Bemor harorati asta-sekin pasayib, intoksikatsiya kundan-kunga kamayadi. Bosh og'rig'i yo'qoladi. Ishtaha ochilib, bemor yaxshi uxlay boshlaydi. Til karashdan tozalanadi, diurez asliga kelib qoladi, harorat pasayayotgan mahalda bemor ozgina terlashi mumkin. Odatda ertalabki harorat kechkisiga qaraganda ko'proq pasayadi va natijada ertalabki va kechki haroratlar o'rtasidagi farq 2-2,5 darajaga yetishi mumkin. Harorat pasaya boshlashidan oldinroq qonda eozinofillar ko'rinadi va ular sog'ayish davri yaqinlashib kelayotganligidan darak beradi.

Sog'ayish davri. Bu davrda bemor organizmi tif bakteriyalaridan xalos bo'ladi. Umuman organizm, hamma a'zolar faoliyati va shu qatorda qon tarkibi asliga kela boshlaydi, harorat odatdagidan pastroq (36-36,2°S) bo'ladi. Bemor kundan-kunga yaxshilanib boradi. Bemor ovqat talab qilaveradi, tez-tez siyadi. U sezilarli darajada ozib ketadi. Bir oygacha astenovegetativ sindrom alomatlari saqlanib turadi. Ba'zi hollarda harorat birdaniga pasayib, intoksikasiya ham barham topadi va bemor tuzala boshlaydi. Qorin tifidan sog'aygan kishilarning 3-5% i surunkali mikrob tashuvchilar bo'lib qoladilar.

Qorin tifining qaytalashi (residiv). Sogayish davri boshlanib, harorat normal darajaga pasayganidan so'ng, 1-2 hafta o'tgach va undan keyinroq bemorlarning 7-9 % ida kasallik qaytalanadi. Qorin tifi 1-2, ko'p marta qaytalanishi mumkin. Residiv bemor organizmining kasallikka qarshi kurashish qobiliyati sustligidan darak beradi. Shu sababdan residiv nimjon kishilarda ko'proq uchraydi.

Mononuklear fagositar tizimlarda saqlanib qolgan tif bakteriyalari qaytadan ko'payib qonga tushadi va yana bakteremiya boshlanadi. Keyin qorin tifining asosiy simptomlari (harorat, intoksikasiya va boshqalar) paydo bo'ladi. Retsidiv vaqtida qorin tifiga xos patomorfologik o'zgarishlar ham qaytalanadi. Residivda harorat 1-3 kundan 2-3 haftagacha yuqori bo'lib turishi mumkin. Residivda harorat tezroq ko'tariladi, lekin qisqaroq davom etadi. Toshma ertaroq paydo bo'ladi va umuman kasallik yengilroq, o'tadi. Ba'zan residiv bilinar-bilinmas holda o'tishi mumkin.

Residiv bo'lishini oldindan aytish mumkinmi? Sog'ayish davri boshlanganiga qaramay haroratni subfebril turishi, ishtaha ochilmasligi, jigar va taloqni kattalashgancha qolaverishi va umuman bemor ahvolining aytarli yaxshilanmasligi residiv bo'lish xavfidan darak beradi.

Ba'zi omillar: 1) parxezni buzish 2) bemorni vaqtdan ilgari o'rnidan turib ketish 3) bemor kayfiyatining yomonlashishi, 4) yo'ldosh kasalliklar qo'shilishi 5) bemor ozib, holdan toyib qolishi 6) vitaminlar yetishmasligi 7) ich ketishi residiv boshlanishiga sabab bo'ladi.

Bakteriya tashuvchilik. Ko'pchilik bemorlar sog'aygach, organizm mikroblardan tez xalos bo'ladi. Lekin ularning ma'lum bir qismida, bakteriyalarni tashqariga chiqishi 3 oygacha cho'ziladi (o'tkir bakteriya tashuvchilik).

Tifdan sog'aygan kishilarning 3-5 % i bir necha yilgacha, xatto umr bo'yi bakteriya chiqarib turadi (surunkali bakteriya tashuvchilik). Bakteriya tashuvchilik qorin tifining og'ir shaklidan keyin ham va yengil shaklidan keyin ham uchrayveradi. Ammo kasallik uzoq cho'zilganda, xoletsistit, pielosistit, zotiljam kabi asoratlar bilan o'tganda bakteriya tashuvchi bo'lib qolish hollari ko'proq uchraydi. Bu kishilarda qorin tifi bakteriyalari suyak ko'migi, o't pufagi, qovuqda o'rnashib olib, ko'payishda davom etadi. Ularni butunlay yo'q qilib yuborishga bemor organizmining kuchi yetmay qoladi. Qorin tifidan sog'ayganlarning axlati va siydigi bilan bir qatorda o't suyuqligini ham tekshirmok kerak.

KLINIK SHAKLLARI. Intoksikasiyaning ko'p yoki ozligiga qarab, qorin tifining yengil, o'rtacha, og'ir, juda og'ir shakllariga ajratiladi. Kasallikning davom etish muddatiga qarab abortiv odatdagicha va uzoq cho'zilgan xillari tafovut etiladi. Qaysi a'zoning ko'proq zararlanishiga xos simptomlar ham bir qadar ustun turishiga

qarab ich terlamani quyidagi hillari ajratiladi: 1) zotiljam, 2) meningotif, 3) nefrotif, 4) kolotif, 5) laringotif.

Kasallikning yengil shaklida kasallik simptomlari kamroq ko'rinadi va bemorni kam bezovta qiladi. Harorat $37,5-38^{\circ}\text{S}$ 1-2 hafta davom etadi. Boshi biroz og'rib, darmoni quriydi. Bemorlarni 1/3 qismida toshma borligi aniqlanadi.

Ba'zan qorin tifi juda yengil o'tadi (oyoqda o'tadigan hili). Harorat $37-37,2^{\circ}\text{C}$ bo'ladi. Bemor odatdagicha yuraveradi, ish qobiliyati yo'qolmaydi. Shu sababdan bu hollarda xech kim qorin tifi haqida o'ylamaydi.

Ba'zan kasallik simptomlari bilinar-bilinmas bo'ladi. Shuni alohida ta'riflash lozimki, kasallik yengil o'tgan hollarda ham bemorning ingichka ichagida o'zgarishlar ko'p bo'lishi mumkin. Bemor qorin tifi ichak teshilishi yoki ichakdan qon ketishi mumkin.

Qorin tifi o'rtacha og'irlikda o'tganda hamma simptomlar yaqqol ko'rinadi, bemorning ahvoli o'rtacha bo'ladi.

Rozeoloz toshma bemorlarni yarmidan ko'pida uchraydi. Harorat $39-39,5^{\circ}\text{C}$ atrofida bo'lib, 2-3 hafta davom etadi. Qorin tifining og'ir xili (toksik shaklida) harorat $40-41^{\circ}\text{C}$ bo'lib, 3-4 hafta davom etadi. Yaqqol ifodalangan tif holati kuzatiladi, ba'zan sopor va koma holatida yotadi. Rozeoloz toshma ko'pchilik bemorlarda uchraydi. Boshqa simptomlar ham juda aniq va yaqqol ko'rinadi.



10-rasm. Ich terlamali bemor ko'rinishi

Qorin tifi juda og'ir (gipertoksik shakli) o'tganida bemor badanida rozeolalardan tashqari petexiyalar uchraydi. Ba'zan bemorlarning burni, ichagi, bachadonidan qon ketadi, siydigida ham qon paydo bo'ladi.

Abortiv qorin tifi xuddi o'rtacha og'irlikda o'tadigan tifdek boshlanadi. Biroq kasallik simptomlari unchalik avjiga chiqmaydi va 7-10 kundan so'ng harorat birdaniga pasayadi. Kasallikning boshqa belgilari ham yo'qolib borib, bemor tezlikda sog'ayib ketadi. Qorin tifiga qarshi emlangan kishilarda kasallik ko'pincha yengil va bilinar-bilinmas bo'lib o'tadi. Abortiv xili ko'p uchraydi. Emlanganlarda

qorin tifining xususiyatlari quyidagilardan iborat:- Harorat ko‘pincha tez ko‘tarilib, 1-2 haftadan so‘ng birdaniga pasayadi. Tif holati deyarli uchramaydi. Rozeolez toshma ham bo‘ladi va erta ko‘rinadi. Qonda deyarli hamma vaqt eozinofillar bo‘ladi. Kasallik umuman yengil o‘tadi va bemor hamma vaqt sog‘ayib ketadi.

Qorin tifi og‘ir o‘tganda ba‘zan zotiljam, meningit, nefrozo-nefrit alomatlari ko‘rinadi. Tekshirishlar o‘pka, bosh miya pardalari va buyraklar bevosita tif bakteriyalari ta‘sirida zararlanganini ko‘rsatadi. Bu shakllar pnevmotif, meningotif, nefrotif deb ataladi. Ba‘zan bemorlarda kolit belgilari ko‘rinadi-kolotif deb ataladi. Qorin tifi og‘ir o‘tganida bosh miya, miya pardalari zararlanishiga va meningitga xos simptomlar paydo bo‘ladi. Bu alomatlar uch hil bo‘ladi:

Meningizm-meningit simptomlari bo‘lsa ham, miya po‘stlog‘ida anatomik o‘zgarishlar topilmaydi.

Seroz meningit, orqa miya suyuqligida o‘zgarishlar topiladi va undan tif tayoqchalarini ajratib olish mumkin bo‘ladi.

Yiringli meningit-likvorda tif tayoqchalarini bo‘ladi. Juda kam hollarda qorin tifi meningit simptomlaridan boshlanishi mumkin (meningotif),

Kasallik zo‘riqqan davrida ham miokardit paydo bo‘ladi. Xoletsistit, angioxolit, pielit, sistit, pielonefrit uchrab turadi. Sog‘ayish davrining 3-4 haftalarida, ba‘zan son, chov va boldir venalarida tromboflebit paydo bo‘ladi. Bu asorat bemorni aytarli bezovta qilmasada, lekin juda kamdan-kam hollarda o‘pka arteriyasining trombozi paydo bo‘lishi va o‘limga olib kelishi mumkin. Tif uzoq va og‘ir cho‘zilganda, yotoq yara paydo bo‘lib, bemorni ancha qiynoqqa soladi. Qorin tifining og‘ir xili oqibatida bemorda ba‘zan psixoz alomatlari ko‘rinishi mumkin. Kasallik yosh bolalarda katta yoshdagi bemorlardagiga qaraganda sal boshqacharoq o‘tadi. Bu kasallik bolalarda to‘satdan boshlanadi, isitma davri qisqaroq davom etadi. Harorat pasaygach, ko‘pgina bemor bolalarda 10-12 kun davomida subfebrilitet saqlanib turadi. Nisbiy bradikardiya kamdan-kam aniqlanadi. Kattalardagiga qaraganda, bronxit ko‘proq uchraydi. Leykositlar soni bemor bolalarning 40% ida o‘zgarmaydi yoki bir qadar ko‘payadi (leykositoz) 80-90 % bemorlarda neytrofilyoz aniqlanadi. Chaqaloq bolalarda qorin tifi ayniqsa og‘ir o‘tadi. Bemorlar ko‘p qayt qiladi. Aksari ichi ketadi. Ba‘zi bolalar talvasaga ham tushadi. Bemorning ichi ketganida axlati ipir-ipir yashil rangli bo‘ladi. Shu sababdan bunday bemorlarga ko‘pincha kolienterit, toksikoinfektsiya deb noto‘g‘ri tashhis qo‘yiladi. Rozeoloz toshma yaqqol ko‘rinmaydi yoki mutlaqo bo‘lmaydi. Keksalarda harorat aksari juda yuqori bo‘lmasligi (38,0-38,5°C dan oshmasligi), lekin uzoq cho‘zilishi mumkin. Bunday bemorlarda kasallikka xos simptomlarning ba‘zilari mutlaqo ko‘rinmaydi.

OQIBATI. Kasallik hoh, yengil, hoh, og'ir shaklda o'tayotgan bo'lsin, uning qanday oqibat bilan tugashini oldindan aytib bo'lmaydi. Kasallikni og'ir yoki yengil o'tishi intoksikasiya darajasiga bog'liqdir. Nerv tizimi faoliyati buzilganini ko'rsatadigan alomatlar kasallik og'ir o'tayotganidan darak beradi. Tilning qaqrab, xuddi chang bilan qoplengandek bo'lib turishi, kuchli meteorizm, haroratni uzoq vaqt birdek turaverishi (monotermiya), taxikardiya, leykositoz xar turli asoratlar paydo bo'lishi, ayniqsa, ichak teshilishi, ichakdan qon oqishi, infeksiyon-toksik shok xavfli alomatlardir.

QORIN TIFI ASORATLARI. Qorin tifi asoratlarini ikki guruhga bo'lish mumkin. Maxsus asoratlar: a) ichakdan qon ketishi, b) ichak devorini teshilishi, v) infeksiyon -toksik shok.

Maxsus bo'lmagan asoratlar: meningit, pielit, parotit, stomatit, otit, yotoq yaralar va boshqalar. Ichakdagi qon ketishi ko'pincha kasallikning 3 haftasida bemorlarning 1-2% da uchraydi. Bunga ichak shilliq pardasi yaralaridagi qon tomirlarining yorilishi sabab bo'ladi. Qon ivish xususiyatining o'zgarishi ham rol o'ynaydi. Ozgina qon ketganda bemorning ahvoli o'zgarmaydi, axlati qorayib, qo'ng'ir tusga kirganidan ichakdan qon ketgani bilinadi. Qon ko'p oqqanda harorat birdaniga pasayib normal, xatto subnormal darajaga tushadi, bemorni rangi oqarib, taxikardiya va gipotoniya boshlanadi. Juda ko'p qon ketganda kollaps va gemorragik shok xolati yuz berishi va ba'zan bemor o'lib qolishi mumkin. Ichakdan qon ketgach, ko'p o'tmay bemorning ichi kelsa, axlat bilan aralashgan va hidli o'zgarmagan qon yoki qon laxtasi ko'zga tashlanadi. Agar bir necha soat o'tgach, bemorning ichi kelsa, axlat qo'ng'ir yoki qora rangda bo'ladi. Qorin tifining eng xavfli asorati ichak devorining teshilishi yoki yorilishi perforatsiya) kasallikning 3-4 haftalarida bemorning 0,5-1,5% da uchraydi. Perforatsiya kasallikning yengil o'tgan turida ham uchraydi. Ko'pincha ingichka ichakning ko'richakka yaqin 24-30 sm qismida joylashgan yaralar yoriladi. Meteorizm bo'lishi, peristaltika tezlashishi, bemorning qaltis xarakter qilishi, qattiq yo'talishi, qorinni qattiq paypaslash va boshqalar perforatsiyaga sabab bo'ladi. Bemor tif xolatida karaxt bo'lib yotganligi sababdan ichak yorilganda ba'zan qorinda og'riq sezilmasligi mumkin. Yorilgandagiga o'xshab qorinda to'satdan og'riq paydo bo'lmasligi mumkin. Shuning uchun bemor qornida biroz og'riq sezdimi, darhol ahamiyat berishi kerak. Ichak yorilgan soxada, ya'ni qorinning o'ng tomonidagi pastki qismida qorin muskullari qisqarib, tarang tortib turadi. Bu ichak perforatsiyasining eng muhim belgisidir. Ko'pincha Blyumberg-Shetkin simptomi aniqlanadi. Ba'zan ichak perforatsiyasi og'ir hollarga sabab bo'ladi. Qorin tekshirilganda, jigarga xos bo'g'iq tovush yo'qolib, aniqlanmaydigan bo'lib qoladi.

Qorinning o'ng tarafi nafasda ishtirok etmaydi. Rentgenda qorin bo'shlig'ida havo borligi aniqlanadi. Harorat birdaniga pasayib, taxikardiya (120 marta) xar 2-3 soat oralab qon tekshirib turilsa, leykositlar soni ortgani aniqlanadi (oldin 1 mm da 4,5-5 ming bo'lsa, bir necha vaqtdan keyin 6-6,5 gacha ko'payishi mumkin). Leykositlar sonining ozgina ko'payishi ham perforatsiyani aniqlashda muhimdir. Ichak yorilganida bemorlarni mashinada tashish mumkin emas. Shu sababdan qorin tifi bilan og'riqan bemorlar davolanadigan kasalxonada operatsiya xonasi bo'lishi shart. Tezda operatsiya qilinmasa, bir necha soat ichida peritonit boshlanib, uning simptomlari yaqqol ko'rinadi. Avval bemorni yuzi o'zgaradi: *facies huppocratis* ko'zga tashlanadi. Qayta-qayta qusish va xiqichoq tutish bemorni holdan ketkazadi. Qorin qattiq og'riydi. Perkussiyada jigarga xos bo'g'iq tovush yo'qolgani tsianoz, meteorizm gipertermiya yoki gipotermiya leykositoz aniqlanadi. Bu simptomlar qorin bo'shlig'dagi yallig'lanish jarayoni anchagina avj olgandan so'nggina ma'lum bo'ladi. Ichak teshilgan paytdan boshlab xisoblanganda 6 soat davomida bemor operatsiya qilinsa, uni saqlab qolish mumkin bo'ladi. Bu vaqtdan o'tib qilingan operatsiya ko'pincha naf bermaydi. Infeksiyon-toksik shok qorin tifining eng zo'riqqan davrida bemorlarning 0,5-0,7% da uchraydi. Bunda harorat birdaniga pasayib, bemor qattiq terlaydi, taxikardiya, gipotoniya, oligouriya, keyinroq anuriya, sianoz bo'ladi. Infeksiyon-toksik shokda trombositopeniya, fibrinogenemiya, protrombin muddatining uzayishi xarakterlidir. Bu asorat boshlanishidan oldin harorat juda baland ko'tariladi (gipertermiya) va markaziy nerv tizimining zaxarlanish alomatlari paydo bo'ladi (neyrotoksikoz). Infeksiyon-toksik shok bemor qoniga birdaniga ko'p miqdorda tif bakteriyalari va toksinlari tushishi natijasida yuz beradi. Qonga ko'p bakteriyalar toksinlari tushishi natijasida yuz beradi. Qonga ko'p bakterial antigenlar tushishiga javoban juda kuchli immunoreaksiya boshlanib, mononuklear fagositar tizim nochor holga tushib qoladi, qonda geparin va gistamin ko'payadi. Infeksiyon-toksik shok yuz beradigan darhol tegishli davo-choralarini ko'rish kerak. Aks holda bemor nobud bo'ladi.

Yuqoridagi asoratlardan tashqari qorin tifida deyarli hamma organlarda turlicha asoratlar uchrashi mumkin. Ularning bir qismi tif bakteriyasi va toksin ta'sirida boshlansa, boshqalari xar turli saprofit bakteriyalar ta'sirida paydo bo'ladi. Zotiljam asosan ahvoli og'ir bemorlarda uchraydi. Bemor uzoq vaqt o'rinda yotganligi tufayli gipostaz boshlanib, balg'am chiqib ketishining qiyinlashishi, o'pkada qon aylanishi va gazlar almashinuvining qiyinlashishi xar hil saprofit mikroblarning ko'payishi zotiljam boshlanishiga sabab bo'ladi. Ba'zan qorin tifi mikroblarini o'zi ham zotiljamga sabab bo'lishi mumkin. Bunday hollarda bemorning

balg'amidan tif mikroblarini ajratib olish mumkin bo'ladi. Ba'zan pleurit paydo bo'ladi. Kamdan-kam xiqildoqda yara paydo bo'lishi va oqibatda bemorni ovozi bo'g'ilib qolishi mumkin (laringotif).

TASHHISOTI. Qorin tifini kasallikni birinchi haftasi davomida aniqlash oson emas. Lekin bu kasallikni barvaqt aniqlash unga qarshi kurashish uchun juda muhim ahamiyatga ega. Bemorni sinchiklab tekshirish, kasallik endi boshlanib kelayotgan davrda ko'rinadigan hamma simptomlarini topish va ularni bir-biriga bog'lab muloxaza bilan chuqur tahlil qilishi dastlabki tashhis to'g'risida bir fikrga kelish uchun imkon beradi. Bir necha kun (3-5 kun) davomida bemor harorati kundan kunga ko'tarilib borib, intoksikasiya alomatlari aniqlansa va bemorni tekshirib ko'rilganda birorta organda harorat bilan intoksikatsiyaga sabab bo'ladigan yaqqol o'zgarish topilmasa, bunday hollarda qorin tifini gumon qilish kerak. Shunday hollarda vrach bemordan epidemiologik ma'lumotlarni to'plashi kerak. Qorin tifi rosa avj olgan davrda tashhis uchun muhim simptomlar paydo bo'ladi va ularning yig'indisiga suyanib, tashhis qo'yish ancha osonlashadi. Qonni tekshirganda leykopeniya, neytropeniya va nisbiy limfositoz aniqlansa qorin tifi tashhisi ancha oydinlashadi.

Gemokulturaga qon olish uchun bemor harorati yuqori bo'lgan vaqtda aseptika qoidalariga rioya qilgan holda venadan 5-10 ml qon olib, 10-20% o't suyuqligi tashkil qiladigan 50-100 ml miqdordagi bulyon, yoki Rappoport ozuqasiga ekiladi. Bunda oziq muhitining miqdori ekiladigan qon miqdoridan 10 barobar ko'p bo'lishi kerak. Zaruriyat bo'lganda suyak ko'migini ham ekish mumkin. Kasallikning 2-3 haftalaridan boshlab bemorning axlati va siydigini ekiladi. Bemor qonida, suyak ko'migida va boshqa materiallarda qorin tifi bakteriyasiga mansub antigen borligini immunoflyuorestsent usul yordamida ham aniqlanadi.

QIYOSIY TASHHISOTI. Qorin tifini toshmali tif, gripp, brusellyozning o'tkir septik hili, sust ifodalangan simptomlar bilan o'tayotgan zotiljam, sepsis, limfogranulematoz, miliar sildan farqlash kerak. Toshmali tif bit orqali yuqadi. U ko'pincha urush davrida, ocharchilik yillarida, aholi turmushi nochor bo'lgan mahallarda tarqaladi.

Toshmali tif bilan og'rikan bemorlarning yuzi, ko'zi qizargan bo'ladi, eyforiya holati aniqlanadi. Kasallikning 5 kuni badanlarida rozeola va petixiyalardan iborat toshma paydo bo'ladi. Periferik qonda leykositoz aniqlanadi. Maxsus laboratoriya usullari masalani uzil kesil xal qiladi.

Grippda isitma intoksikatsiyadan tashqari kasallikning 2-3 kunlaridan boshlab tumov alomatlari paydo bo'ladi. Jigar va taloq kattalashadi. Isitma uzog'i bilan 5-6 kun davom etadi.

Brusellyozning o'tkir septik shaklida bemor qayta-qayta eti uvishib qaltiraydi. Juda ko'p terlaydi (ichki kiyimini bir necha marta o'zgartirishga to'g'ri keladi), uzoq vaqt hapopat yuqori bo'lishiga qaramay, bemorning umumiy ahvoli uncha yomonlashmaydi. Bo'yin, qo'ltiq osti, chov limfa tugunlari kattalashgan bo'ladi. Brusellyoz ko'pincha hayvonlar va ulardan olinadigan mahsulotlar (sut, go'sht) bilan ishlaydigan odamlarda uchraydi. Rayt, Xedelson, Byurne reaksiyalari qo'yib ko'rilganda, ijobiy natija olinadi. Zotiljam odatda birdaniga boshlanadi, bemor tez-tez nafas olib, qonda leykositoz va neytrofilyoz aniyolanadi.

Qorin tifida jigar va taloq kattalashadi.

Qorin tifini sepsisdan farqlashda avvalo harorat egri chizig'iga e'tibor beriladi. Sepsisga gektik yoki intermitterlovchi ko'rinishdagi harorat chizig'i xarakterlidir. Qayta-qayta et uvishib, qaltirash, taxikardiya, leykositoz, neytrofilyoz ham sepsisga xos simptomlardir. Lekin masalani uzil kesil xal qilishda bakteriologik va serologik tekshirish usullari asosiy o'rinda turadi.

Limfogramulematozda ham leykopeniya, taloqning kattalashgani aniqlanadi. Harorat egri chizig'i to'lqinsimon va shu bilan ancha qorin tifidagiga o'xshash bo'lib chiqadi. Limfogramulematozda limfa tugunlarini kattalashishi neytrofilyoz aniqlanadi. Qorin tifida qo'llaniladigan bakteriologik va serologik tekshirish usullari qayta-qayta manfiy natija beradi.

Qorin tifini miliar sildan farqlash qiyin. Miliar silda boshida o'pkada xatto rengentda ham o'zgarishlar aniqlanmaydi. Bemor labi va burni ko'kimsir tusga kirib, tez-tez nafas oladi. Qonda eozinofillar borligi aniqlanadi. Neytrofilyoz topiladi. Rentgent tekshiruvu qayta-qayta o'tkazilganda nihoyat tegishli o'zgarishlar aniqlanadi. Qorin tifiga maxsus bo'lgan laboratoriya usullari (bakteriologik va serologik usullar) masalani uzil-kesil hal qiladi.

Erta yoshdagi bolalarda xususiyati. Erta yoshdagi bolalarda qorin tifi ko'rinishi holida (80%) o'tkir, 39-40°C gacha isitma ko'tariladi, kuchli zaxarlanish belgilari bilan boshlanadi. Bezovtalanadi, uyquchanlik, adinamiya, uyqu inversiyasiga xos og'ir hollarda birinchi quyidagi talvasalar, hushdan ketish kuzatiladi, hamda birinchi kulrang diareya paydo bo'ladi (enterit). Axlat suyuq, eksikoz va toksikoz tez rivojlanadi. Yurak qon-tomir tizimi tomonidan taxikardiya, qon bosimi pastligi, yurak tonlari bug'ilishi aniqlanadi. Gepatosplenomegaliya kuchliroq namoyon buladi. Rozeolez toshma kam uchraydi. Qonda neytropeniya, gipoeozinofiliya, ECHT ortishi kuzatiladi. Leykopeniya kam uchraydi, ko'proq leykositoz uchraydi.

Erta yoshdagi bolalarda ko'proq nafas a'zolari zararlanadi (bronxit) va ular asosan ikkilamchi bakterial asorat xisoblanadi.

Hayotining birinchi oylaridagi bolalarda qorin tifi juda o'tkir, gimertermik sindrom, meningeal belgilar, entsefalit belgilari bilan boshlanadi. Lekin likvorda o'zgarishlar juda kam bo'ladi. Ichakdan qon ketishi va ichak perforatsiyasi erta yoshdagi bolalarda deyarli uchramaydi. Miokardit ham juda kam rivojlanadi.

DAVOSI. Qorin tifini davolashda juda qadim zamonlardan beri parvarishga katta e'tibor berib kelingan. 1948 yildan boshlab, bu kasallikni davosi uchun antibiotiklar qo'llanila boshlandi. Shunday bo'lishiga qaramay, bemorni yaxshilab parvarish qilish va ma'lum parxez doirasida yetarlicha ovqatlantirish qorin tifi davosida asosiy va hal qiluvchi rolni o'ynaydi.

PARVARISH QILISH. Bemorga avvalo o'rindan turmay yotish buyuriladi, uning o'rni qulay, yumshoq va ozoda bo'lishi kerak. U o'rnidan turmay, yotgan holda to'shaladi. Shuning uchun sharoit hamma vaqt qulay bo'lishi kerak. Bemor yozilganda qiynalmasligi, o'zini noqulay sezmasligi muhim ahamiyatga ega. Bemor badanini vaqti-vaqti bilan tozalab, atir bilan artib turish uning ruhini ko'taradi. Tabiatini ravshan qiladi. Bu esa o'z navbatida bemor organizmining kasallikka qarshi kurashish qobiliyatini kuchaytiradi. Bemor og'zini chayib turishi, tishlarini vaqtida tozalash kerak. Uning qaqragan lablariga moy surtiladi. Harorat pasayib, intoksikasiya barham topgan va bemor o'zini yaxshi xis qila boshlagandan keyin ham u ma'lum vaqt o'rnida yotishi kerak, chunki bemor organizmidagi anatomik o'zgarishlar davom etayotgan, jumladan ichakdagi yaralar hali to'la bitmagan bo'ladi.

Harorat normal bo'lgandan sung 7 kun o'tgach, bemorga o'tirishga ruxsat beriladi, 10-11 kunlardan boshlab esa u asta-sekin yurishi mumkin. Antibiotiklar bilan davolangan bemorlar harorati normallashtirildan so'ng 18-21 kun o'tgach kasalxonadan chiqariladi. Bemor o'zicha siymasa, uning qovug'i sohasiga isitgich qo'yiladi, shunda ham siymasa, kateter qilinadi. Bemorda qabziyat bo'lsa, uni kun oralab xo'kina qilib, ichakni bo'shatib turish zarur.

Parxez. Qorin tifi bilan og'rigan bemor yetarli miqdorda oqsil, yog', uglevodlar va vitaminlar bilan ta'minlanishi kerak. Bemorning ishtahasi yomonligini nazarda tutib uning ko'ngliga yoqadigan taomlarni tanlab, ovqatlantirish zarurligini tushuntirish juda muhim.

Bemor bir kecha kunduzda 1,5-2,5 l miqdorda suyuqlik (mineral suv, choy, meva va sabzavot sharbati) qabul qilishi kerak. Bemorga bir kecha kunduzda 60-70 g oqsil, 40-80 g yog' va 300-350 g uglevodlar zarur, qaymoq, sariyog', qaynatma sho'rva, tvorog, pishloq, qaynatilgan tovuq go'shti, baliq, mol yoki qo'y go'shti qiymasi, shovlalar ana shunday oziq moddalar bilan ta'minlovchi taomlardandir. Harorat pasaygandan keyin bir hafta o'tkazib parhezni ozgina kengaytirish mumkin.

Antibiotiklar bilan davolash. Qorin tifi davolashda keng spektrli antibiotiklar yaxshi natija beradi. Seftriokson bir kunda 2 marta 80mg/kg dan berish buyuriladi. Harorat pasaygandan keyin 3 kun o'tgach, 3 kun davomida 0,7 mg/kg dan 2 mahal gentamitsin beriladi. Kasallik yengilroq o'tgan hollarda esa, bu dorini og'iz orqali 2-3 mahal bepish mumkin.

Ampisillin 7 kun davomida bir kecha-kunduzda 100mg/kg dan 4 mahal qilinadi. Bu dori ba'zan o'tkir bakteriya tashuvchilarga ham ta'sir qiladi. Antibiotiklar yetarli natija bermagan hollarda baktrim, biseptol yoki nitrofuran preparatlari (furazolidon) beriladi. Biseptol 2-3 tabletkadan bir kunda- 2 mahal, furazolidon 0,15-0,20 g dan 4 mahal beriladi.

Intoksikasiyani kamaytirish uchun Ringer Lactat eritmasi, 5% glyukoza, fiziologik eritma, 5% albumin va boshqalar qo'llaniladi. Vitaminlardan C, V₂, V₆, V₁₂lar keng ishlatiladi

Antibiotiklar kasallik qaytalanishi va bakteriya tashuvchilik holati shakllanishini oldini ololmaydi. Shu sababdan antibiotiklar bilan birga organizm himoya kuchlarini oshiradigan dorilar ishlatish maqsadga muvofiq. Organizmning umumiy qarshilik ko'rsatish qobiliyatini kuchaytirish uchun, yuqorida aytilgandek, ovqatlar yuqori kaloriyali, vitaminlarga boy bo'lishi kerak.

PROFILAKTIKASI. Qorin tifi va paratiflarga qarshi kurashda kasallik tashhisini kechiktirmay barvaqt aniqlab, bemorni darhol kasalxonaga joylashtirish muhim ahamiyatga ega. Qorin tifi gumon qilingan hollarda bemorlar yuqumli kasalxonalarining tashhisot bo'limlariga yotqiziladi, Tifdan sog'ayish davrida bemorni axlati va siydigi 3 marta tekshiriladi (5 kun oralab). Natija manfiy bo'lib chiqsa, ya'ni tif bakteriyalar topilmasa, o'n ikki barmoq, ichak suyuqligi tekshiriladi. Bunda ham natija manfiy bo'lsa, bemorga uch kun bakteriofag berib, so'ngra uni uyiga jo'natiladi. Mabodo bemorning axlatidanmi, siydigidanmi yoki o't suyuqligidanmi tif mikroblari topilsa, u kasalxonadan chiqarilmaydi va qo'shimcha davolanadi.

Qorin tifidan sog'ayib uyiga qaytgan kishilar ikki yil davomida tuman sanitariya epidemiologiya osoyishtalik markazi nazoratida bo'lib, vaqti-vaqti bilan tekshirishdan o'tib turadi. Oziq-ovqatga aloqador joylarda ishlaydigan shaxslar esa 6 yilgacha nazoratda bo'ladilar, Bemorga yaqin yurgan kishilarni 21 kun davomida vrachlar nazorat qilib boradi. Xar kuni harorat o'lchab turiladi. Axlati bilan siydigi bir marta, zarurat bo'lganda esa ikki marta tekshiriladi. Bemorga yaqin yurgan, ya'ni muloqotda bo'lganlarga 50 ml dan uch marta bakteriofag ichiladi.

TESTLAR.**1. Qorin tifida toshma turini aniqlang.**

- A. Rozeolyoz toshma
- B. Papulyoz toshma
- V. Petexial toshma
- G. Gemorragik toshma

2. Ich terlamada til qanday bo'ladi.

- A. Malinasimon
- B. Geografik
- V. Karash bilan qoplangan, uchi va qirrasi toza
- G. Namli, toza

3. Qorin tifi bilan ogrigan bemordan qachon o't taxliliga material olish mumkin?

- A. Tana xarorati normallashtirildandan 21 kundan keyin
- B. Tana xarorati normallashtirildandan 15 kundan keyin
- V. Tana xarorati normallashtirildandan 10 kundan keyin
- G. Tana xarorati normallashtirildandan 3 oydan keyin

4. Qorin tifi o'tkazgan bemorlarda Vi – agglyutinatsiya reaksiyasi necha yilgacha o'tkazib turiladi?

- A. 6 oygacha
- B. 1 yilgacha
- V. 3 yilgacha
- G. 5 yilgacha

5. Qorin tifi bilan og'rigan bemorlarga qancha vaqtgacha maxsus parhez buyuriladi?

- A. 6 oygacha
- B. 12 oygacha
- V. 3 oygacha
- G. 2 yilgacha

6. Qorin tifi bilan og'rigan bemorlar dispanser nazorati paytida qanday tekshirish o'tkazish shart emas?

- A. Rentgenologik tekshirish
- B. Vi – agglyutinatsiya
- V. Axlatning bakterologik taxlili
- G. Siydikni bakterologik taxlili

7. Dispanserizatsiyaning maqsadi bu - ...

- A. Rekonvalesentslarni sanator-kurort davolash
- B. Rekonvalesentslarni etiotrop va patogenetik davolash
- V. Rekonvalesentslarni faqat stasionarda kuzatish.
- G. Kasallikning asorati va qoldiq belgilarni o‘z vaqtida davolash.

8. Qorin tifi infektsiyasini boshidan o‘tkazgan shaxslarga shifoxonadan javob berish tartibi?

- A. Xarorati tushgach, 21 kundan keyin;
- B. Xarorati tushgach 7 kundan keyin;
- V. Xarorati tushgach 2 kundan keyin;
- G. Xarorati tushgach 10 kundan keyin.

9. Tif va paratif kasalligida bemor qancha vaqt kuzatuvda bo‘ladi?

- A. 6 oy
- B. 2 oy
- V. 3 oy
- G. 1 yil

10. Qorin tifi bilan og‘rigan bolalar qancha vaqt davomida dispanser nazoratda bo‘ladi?

- A. 4 yil
- B. 3 oy
- V. 2 yil
- G. 1.5 yil

Vaziyatli masalalar yechish :

1-masala: Ich terlama kasalligining asosiy simptomlarini va yuqumli mononukleoz kasalligining simptomlarini jadvalda qiyosiy tashhislang.

№	Ich terlama	Yuqumli mononukleoz

2-masala: Bemor S. 8 kundan buyon betob. Behollik, charchash, ishtahaning pasligi, isitmaning yuqoriligi bilan kasallik boshlangan. Keyingi kunlarda sulfanilamid preparatlari qabul qilishiga qaramasdan isitma 38-39⁰C gacha ko‘tarilgan, behollik kuchaygan, bosh og‘rishi bo‘lgan. Bemorni yuqumli kasalliklar shifoxonasiga yuborilgan. Bemor ko‘ruv paytida og‘ir holatda.

Isitma 39°C , bo'shashgan, ranglari oqargan. Savollarga qiyinlik bilan zo'rg'a javob berayapti. Qorin sohasida 1-2 ta rozeolyoz toshmalar bor. Puls 1 minutda 80 marta, ritmik. Yurak tonlari bo'g'ik. Quruq yo'tal. O'pkasida xirillashlar eshitilmayapti. Tili kattalashgan, tishlarining izlari bor chekkalarida, o'zagida va o'rtasida qo'yiqlik kulrang karash bilan qoplangan. Qorni juda dam, palpatsiya qilinganda og'riqsiz. Jigar va taloqning ozroq kattalashganligi palpatsiyada bilinayapti.

1. Sizning taxminiy tashxisingiz.
2. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday laborator tekshiruvlar o'tkazish lozim.
3. Bemorni davolashdagi sizning taktikangiz (tartib, parhez, medikamentoz moddalar).

3 masala: Bemor V. 10 yoshda. 15.09. dan boshlab isitma, ko'ngil aynish, qayt qilish, qorindagi og'riqlik, ichning suyuqlik ko'p kelishi bilan boshlangan. Bemor yuqumli kasalliklar shifoxonasiga yotqizilgan. 4-kuni bemorni salmonellez tashxisi bilan qoniqlik holatida uyga javob berilgan. 30.09. gacha bemor o'zini yaxshi his qilgan. Ertasi kuni kechga yaqin isitma ko'tarilgan, behollik, qattiq bosh og'riqi bo'lgan. Vrach tavsiyasiga ko'ra bemor ampitsillin, eritromitsin ichgan. 7.10.ga borib, yana isitma 39°C gacha ko'tarilgan, umumiy holati yomonlashgan va bemor yuqumli kasalliklar shifoxonasiga yotqizilgan.

Epid anamneziga ko'ra bemor 10 kun avval ochiq suv xafzasida cho'milgan.

Bemor shifoxonaga kelganda og'ir holatda, isitma 39°C , yuzlari so'lg'in, qorinda bitta-ikkita rozeolyoz toshmalar bor, tili qalin kulrang karash bilan qoplangan chetlari va o'zagi toza. Qorni dam, ichi qiyin kelayapti, jigar va taloq kattalashgan. Puls minutiga 100 marta, ritmik. Yurak tonlari bo'g'iq. Nafas organlari normal.

1. Qaysi kasallik haqida o'ylash mumkin.
2. Qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis o'tkazish mumkin.
3. Aniq tashxis qo'yish uchun qanday laborator tekshiruvlar olib borish mumkin.

4-masala: Bemor V. 5 yosh. 2 xaftadan buyon betob, behollik, ishtahaning pasayishi, bosh og'riqi bilan boshlangan. Kasallikni birinchi kunlari isitmani o'lchamagan va vrachga murojaat qilmagan. 8-10 kuni esa bemorning ahvoli yomonlashgan, isitma $38,5^{\circ}\text{C}$ ga ko'tarilgan. Bemor azitromisin va isitma tushiruvchi dori-darmonlar ichsa ham isitma tushmagan. Kasallikni 12 kuni esa bemor yuqumli kasalliklar shifoxonasiga yotqizilgan. Bu yerda ich terlama tashxisi qo'yilgan. Bemorga 0,5 grammdan 2 mahal seftriokson buyurilgan. Davolanishni 4- kuni isitma

pasaygan. Keyingi kunlari bemorni holati yaxshilangan, ishtahasi ochilgan, bosh ogʻrishi kamaygan. Tili quruqshagan, kulrang karash bilan qoplangan. Qorni yumshoq, ogʻriqsiz. Ichi kelmagan, siyishi kamaygan ogʻriqsiz.

1. Bemorni shifoxonaga kelganda qanday laborator tekshiruvlar oʻtkazish mumkin edi, tashxisni asoslash uchun.
2. Bemorga tekshiruv va davolash rejasini tuzing.

5-masala. Bemor K. 12 yosh kasallik oʻtkir, yuqori istima, bosh ogʻrishi bilan boshlanadi. Uy sharoitida davolangan. Kasallikni 10 kunida shifoxonaga ORVI tashxisi bilan yotqizilgan. Kasalni umumiy ahvoli ogʻir, baland istima 38-40°C, bosh ogʻrish, uyqusizlik, teri qoplamalari oqargan, terisida bir-ikkita rozeolyoz toshmalar mavjud, tili quruq jigarrang karash bilan qoplangan, qorin dam, paypaslaganda sezgir, jigar+2sm, taloq+1 sm kattalashgan. Oʻpkada vezikulyar nafas, puls 80 ta, A/D 90/50mm.s.u, yurak tonlari boʻgʻiq, kasallikning 20 kunida teri qoplamalarining oqishligi kuchaydi, akrotsianozi, sovuq yopishqoq ter, kuchli xansirash. Puls ipsimon A/D 70/30 mm.s.u

- Savol: 1. Sizning dastlabki tashxisingiz.
2. Qanday shoshilinch muolajalar qilish kerak?

6-masala. Bemor A. 8 yosh. Kasallik asta-sekin behollik, kamquvvatlik, bosh ogʻrishi, ishtaxasizlik bilan boshlangan. Tana harorati kasallikning boshida subfebril boʻlgan keyinchalik istima asta-sekin 39, 2 ga koʻtarilgan. Koʻruv paytida zaxarlanish belgilari kuchli boʻlgan, quvvatsizlik, behollik, bosh ogʻrigʻi, ishtahani yoʻqligi, puls 85, A/B 90/50, yurak tonlari boʻgʻiklashgan. Kasallikning 10 kunida terisida bir-ikkita rozeolyoz toshmalar paydo boʻlgan, terisi oqish. Oʻpkada tarqalgan quruq xirillashlar eshitilmoqda, qorin dam ogʻriqsiz. Jigar +2 sm, taloq +1 sm, tili och jigarrang karash bilan qoplangan, ichi kelmagan.

- Savol: 1. Sizning dastlabki tashxisingiz.
2. Boshqa qanday kasalliklar bilan solishtirma taqqoslash oʻtkazish mumkin.

7-masala. Bemor B. 8 yosh. Shifoxonaga kasallikning 9 kunida tushgan. Kasallik asta-sekin umumiy xolsizlik, bosh ogʻrishi bilan boshlanagan. Tana xarorati kasallikning boshlanishida 37,5°C. Keyin 38-38,5°C. 8 kuni 39°C. Shifoxonaga tushganda umumiy ahvoli nisbiy ogʻir, uyqusi buzilgan, ishtahasi yoʻq. Koʻkrak va qorin terisida bir-ikkita rozeolalar mavjud, tili oq karash bilan qoplangan, chekkalarida tish izlari bor. Puls 82 ta, yurak oxanglari ritmik, boʻgʻiq. Qorin dam,

jigari o'ng qobirg'a yoyi ostida, taloq+1 sm kattalashgan. Ichi kelmayapti. Kasallikning 4-kunida poliklinika sharoitida olingan axlatdan qorin tifining salmonellalari aniqlangan.

Savol: 1. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday laborator tekshiruvlar o'tkazish mumkin?

2. O'chog'da qanday epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar o'tkazish mumkin?

8-masala. Bemor S. 5 yosh. Bir oy avval istimalayotgan bemor bilan muloqotda bo'lgan. Yuqumli kasalliklar shifoxonasiga kasallikning 8 kuni kelgan. Kasallik asta-sekin behollik, kamquvvatlik, tana haroratining $37,0^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tarilishi bilan boshlangan, ishtahasi yo'q. Shifoxonaga tushganda umumi ahvoli o'rta og'ir, bosh og'rishi kuzatilmoqda. Terisi toza quruq, qorinda 1-2 ta rozeolyoz toshmalar bor. Tili kulrang karash bilan qoplangan, chekkalarida tish izlari bor. Qorin dam, jigari+2sm, taloq +1 sm. Ichi kelmagan. Meningeal belgilari yo'q. Yurak oxanglari bo'g'iq, puls ritmik 85ta. Epid anamnez, klinik va laborator tekshiruvlar asosida «Ich terlama, o'rta og'irlikda» tashxisi qo'yildi.

Savol: 1. Sizning davolash rejangiz.

Nazorat savollar.

1. Ich terlama paratif A va V kasalligining tibbiyotda o'rganilgan asosiy yutuqlari.
2. Ich terlama kasalliklarini qo'zg'atuvchilarining asosiy tarkibi va etiologiyasi.
3. Ich terlama kasalligining epidemiologik jihatdan o'ziga xosligi.
4. A'zolaridagi patologo-anatomik o'zgarishlar.
5. Ich terlama kasalligining tasnifi.
6. Ich terlama kasalligining harorat qing'irligidagi o'ziga xos ko'rinishlari
7. Ich terlama kasalligining qiyosiy tashhisoti.
8. Ich terlama kasalligini tashhislashda laborator usullar. Gemokultura va Vidal reaksiyalari.
9. Ertangi va kechki asoratlarini vaqtida aniqlash.
10. Bakteriya tashuvchanlikni davolash tamoyillari.
11. Ich terlama kasalligida epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar.
12. Bemor aniqlanganda shifokor taktikasi.

6- MAVZU. IERSINIOZLAR

Iersinioz (ichak iersiniozi) - *Iersinia enterocolitica* tomonidan chaqiriladigan yuqumli kasallik bo'lib, u umumiy zaharlanish, isitmalash, oshqozon-ichak yo'li, jigar, bo'g'imlar, boshqa a'zo va tizimlarning zararlanishi bilan tavsiflanadi.

ETIOLOGIYASI. Iersinioz qo'zg'atuvchisi ichak bakteriyalari (enterobacteriaceae) oilasi. *Iersinia* avlodi. *Iersinia enterocolitica* turiga mansub. Ular grammanfiy tayoqchalar bo'lib, ularning o'lchami 0.7-0,9 mkm dan 1,8-2.7 mkm gacha yetadi. Ular ham oddiy ham kuchsizlantirilgan ozuqa muhitlarida o'sishi mumkin. Qo'zg'atuvchisi O- va N antigenlapiga ega. O-antigen bo'yicha iersiniozlarning 50 tadan ortiq serovarlari farqlanadi. Odam patologiyasida 01. 05. 08 va 09 serovarlari eng ko'p ahamiyatga ega. Mikroblar +4-18⁰C haroratda uzoq muddat saqlanishi va turli oziq-ovqat mahsulotlarida ko'payishi mumkin. O'zining biokimyoviy va kultural xossalariga ko'ra *I. enterocolitica* *I. Pseudotuberculosis* ga o'xshash.

EPIDEMIOLOGIYASI. Iersinioz va soxta sil qo'zg'atuvchilarining saqlanish va yuqish mexanizmlari juda o'xshash. Ichak iersiniozi manbai bo'lib, kasallikning turli shakllari bilan betob bo'lgan odam va hayvonlar shuningdek, tashuvchilar hisoblanadi. Kasallikning yuqishi zararlangan ovqat suvining og'iz orqali organizmga tushishi yoki zararlangan maishiy buyumlar bilan muloqotda bo'lish orqali amalga oshadi (fokal-oral mexanizm).

Ichak iersiniozining tabiatdagi asosiy saqlanadigan joyi-sichqonsimon kemiruvchilardnr. Lekin qo'zg'atuvchini yirik chorva mollari, cho'chqalar va uy hayvonlari (it va mushuklar) da aniqlash mumkin.

Kasallik yil davomida epidemik portlashlar yoki sporadik hollar ko'rinishida (ko'proq noyabr oyida) kuzatiladi. Ko'pincha 3-5 yoshli bolalar kasallanadi.

PATOGENEZI. Iersinioz va soxta sil qo'zg'atuvchilarining bir avlod *Iersinia* avlodiga mansubligi patogenez mexanizmlarining o'xshashligini ta'minlaydi. Qo'zg'atuvchi zapaplangan ovqat yoki suv orqali og'izga tushadi (yuqish bosqichi) va oshqozon to'sig'idan o'tib, ingichka ichak shilliq qavatida joylashib, bu yerda yallig'lanishni chaqiradi (birlamchi joylashuv bosqichi). Keyinchalik iersiniyalar xududiy limfa tugunlariga (mezinterial limfadenit), so'ng qonga o'tadi. Bakteriemiya rivojlanishi sababli patologik jarayonga turli a'zolar-jigar, yurak, buyraklar va boshqalar jalb etiladi. Bu esa gepatit, miokardit, nefrit ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Patolagoanatomik tekshiruvda ichakda keskin ifodalangan shish bo'shliq torayishi, fibrinoz karashlar, qon quyilishlarning paydo bo'lishiga olib keluvchi infiltrasiya aniqlanadi. Bu o'zgarishlar kataral-deskvamativ yoki kataral-yarali gastroenterit yoki gastroenterokolit, enterit yoki peritonit deb baholanadi. Bundan tashqari, nekrotik mezadenitlar, tutqichning yorilishi va peritoniti kuzatilishi mumkin. Jigar va taloqning gistologik tekshiruvda markaziy nekroz rivojlanishiga moyil bo'lgan ko'p sonli nekrotik tugunchalar (iersiniozli granulemlar) aniqlanadi.

KLINIK TASNIFI. Xar kunlik amaliyotda N.I.Nisevich va V.F.Uchaykin (1990) tomonidan ishlab chiqilgan tasnifdan foydalaniladi. Ushbu tasnifga ko'ra, kasallik quyidagicha tasniflanadi:

1 Tarqalishiga ko'ra

a) chegaralgan;

b) tarqoq (septik)

2. Shakliga ko'ra

a) tipik: oshqozon-ichak, soxta appendikulyar, iersiniozli gepatit, tugunli eritema, bo'g'imli.

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

4. Kasallik kechishiga ko'ra: o'tkir, avj olish va qaytalanishlar bilan

5. Asoratlarning hususiyatiga ko'ra: disbakterioz, zotiljam, otit, miokardit, osteomielit va boshqalar. Mikst-infeksiya.

Tashxis qo'yilish namunasi quyidagichadir: o'tkir iersinioz, gastroenteritik, soxta appendikulyar, o'rta og'ir shakli.

KASALLIK SIMPTOMLARI VA KECHISHI. Kasallikning yashirin davri o'rtacha 1-6 kuni tashkil qiladi. Ichak iersiniozining klinik simptomatikasi ichak faoliyatining buzilishi va ichakdan tashqari belgilar ifodalanishi bilan namoyon bo'ladi. Iersinioz uchun klinik belgilarning polimorfizmi xos. Kasallik o'tkir prodromal belgilarisiz boshlanadi. Bemorda titroq, bosh og'irishi, umumiy holsizlik, mushak va bo'g'imlarda og'riq, uyqusizlik, tomoqning qichishi, ishtahaning pasayishi paydo bo'ladi. Tana harorati subfebril bo'ladi, ba'zida 38-40°C gacha ko'tariladi. Umumiy zaharlanish belgilari bilan bir qatorda oshqozon-ichak yo'lining zararlanishi belgilari (qorinda og'riq, ko'ngil aynishi, ich ketishi) ustunlik qila boshlaydi.

Teri quruq bo'ladi, ba'zida mayda dog'li va nuqtasimon toshma paydo bo'ladi. Keyinchalik qipiqlanish kuzatiladi. Ko'pincha nisbiy taxikardiya, gipotenziyaga moyillik qayd etiladi. Kasallik mobaynida u yoki bu a'zoning zararlanganligidan darak beruvchi yangi belgilar paydo bo'lishi mumkin. Bemorni o'ng qovurg'a octi

sohasida og'riq; va og'irlik hissi, peshob rangining to'qlashganligi bezovta qilishi mumkin. So'ng teri va sklerannng sarg'ayishi kuzatiladi. Jigar o'lchamlari kattalashadi. Dinamikada bosh og'rishining kuchayishi, markaziy nerv sistemasi miya qobiqlarining zararlanishi va o'choqli simptomlar paydo bo'lishi qayd etilishi mumkin. Bemor siyganda og'riqning paydo bo'lishi, sutkalik diurezning anuriyagacha yetib boruvchi kamayishi bezovta qiladi. Qorindagi og'riqlar kuchayib boradi, qorin pardasi ta'sirlanishi belgilari aniqlanadi. Kasallikning 2-xaftasida ko'proq yirik bo'g'imlarning zararlanishi bilan kechuvchi o'tkir artrit belgilari, tugunli toshma elementlari yoki eshakemi, yuz terisi shishi, ko'z achishishi, kon'yunktivaning shishishi va giperemiyasi aniqlanadi.

Oshqozon-ichak shakli boshqalarga nisbatan ko'proq uchraydi. Uning iersinioz bilan kasallanish hollaridagi ulushi 70% ni tashkil qiladi. U o'tkir boshlanadi. Bemorning tana xarorati 38-39°C gacha ko'tariladi. Bosh og'rig'i, umumiy holsizlik, uyqusizlik, anoreksiya, titroq paydo bo'ladi. Zaharlanish sindromi bilan birgalikda qorinda og'rik, ich ketishi, ba'zan qusish qayd etiladi. Najas suyuq, keskin badbo'y hidli, ba'zan qon va shilliq aralash bo'ladi. Najas kuniga 2-15 marta kelishi mumkin. Kasallikning og'ir kechishi kam uchraydi. Tana harorati ko'pincha subfebril yoki me'yoriy bo'ladi. Umumiy zaharlanish sindromi kuchsiz ifodalanadi. Najas kuniga 2-3 marta keladi, qorinda og'riqlar biroz ifodalanadi. Bunda bemorlar guruhlarda kasallanish ro'y berganda faol aniqlanadi. Ushbu shakl enterit, enterokolit va gastrointerokolit ko'rinishlarida kechishi mumkin. Iersiniozning ushbu shaklini kechish davomiyligi 2 kundan 2 xaftagacha muddatni tashkil qiladi.

Soxta appendikulyar shakli, yoki o'ng yonbosh soha sindromi, ko'pincha 5 yoshdan kattaroq bolalarda uchraydi. Iersiniozning ushbu shaklida o'tkir appendisit, mezadenit, terminal ileit belgilari ustunroq turadi. Ular ko'proq kasallikning avj olishi, zo'rayishi va qaytalanishlarida kuzatiladi. Lekin ba'zan ular kasallikning birinchi kunlarida ham aniqlanishi mumkin. Bemorning tana xarorati 38-40°C gacha ko'tariladi. Bolalar bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, kuniga 1-2 marta qusish, ishtahaning yo'qligiga shikoyat qilishadi. Qorni paypaslanganda yo'g'on ichakning ko'tarilib boruvchi qismi bo'ylab quldirash, meteorizm, o'ng yonbosh soxasida tarqalgan va chegaralangan og'irlik, ba'zan qorin pardasi tasirlanishi belgilari aniqlanadi. Qisqa muddatli qabziyat yoki diareya, bo'g'imlarda yengil og'riqlar va yuqori nafas yo'llarida kuchsiz ifodalangan yallig'lanish belgilari uchrashi mumkin. Qonda leykositoz ($8-25 \times 10^9/l$) aniqlanadi. Jarrohlik amaliyoti vaqtida kataral yoki gangrenoz appendisit

yoki ko'proq mezadenit, shuningdek, yonbosh ichakning distal qismida shish va yallig'lanish aniqlanadi.

Iersiniozli gepatit yoki oshqozon -ichak shakli bilan birgalikda, yoki ichak faoliyatining buzilishidan 2-3 kun o'tgach rivojlanadi. Ushbu shaklda jigar zararlanishi belgilari ustunlik qiladi va toksik gepatit rivojlanadi. Bemor o'ng qovurg'a osti sohasidagi og'riqqa, ba'zan terining qichishiga shikoyat qiladi. Bemorning terisida va sklerasida sariqlik paydo bo'ladi. Jigar kattalashadi, paypaslanganda og'riqli bo'ladi. Peshobning rangi to'qlashadi, najas esa oqaradi. Qonda giperbilineuriya va transaminazemiya aniqlanadi. Ekzantemali shakli (tugunli eritema) zararlanish sindromi va ekzentema bilan tavsiflanadi. Toshma kasallikning 1-6 kunlarida paydo bo'ladi. U nuqtasimon mayda yoki yirik dog'li bo'lishi mumkin. Bunda terining qichishi aniqlanmaydi. Toshma 2-5 kundan so'ng izziz yo'qoladi. Uning o'rnida terining kepaksimon qipiqanishi kuzatiladi.

Iersiniozning artralgiik (bo'g'imli) shakli isitmalash zahaplanish va bo'g'imlarda kuchli og'riq bo'lishi bilan kechadi. Bemorlarning asosiy shikoyati bo'g'imlardagi og'riq xisoblanadi. Bazan artralgiyalar bemorni xarakatsizlantirib, uyqusizlikni chaqiradi. Bo'g'imlarning tashqi ko'rinishi o'zgarmaydi. Yuqorida keltirilgan kasallik shakllari ustun turuvchi sindrom bo'yicha ajratilgan. Bularda iersinioz uchun xos bo'lgan boshqa belgilar ham kuzatilishi mumkin, ammo ular kuchsiz ifodalangan bo'ladi.

Iersiniozning septik shakli kam uchraydi. U uchun sutkalik tebranishi 2⁰C ni tashkil qiluvchi yuqori tana xarorati, titroq, jigar va taloqning kattalashuvi, boshqa a'zolarning zararlanishi xosdir. Bunda endokardit, zotiljam, o'tkir buyrak yetishmovchiligi bilan kechuvchi nefrit, meningit, meningoentsefalit, gepatit rivojlanishi mumkin.

Bolalarda ichak iersiniozi ko'pincha o'rta og'ir yoki yengil shaklda kechadi. Lekin premorbid holati og'ir bo'lgan bolalarda, xususan, ikkilamchi immun tanqisligi holatidagi bolalarda kasallik boshlanishidan tarqalgan, og'ir ko'rinishda kechadi. Ushbu bemorlarda kasallikning birinchi kunlaridan hushning buzilishi bilan kechuvchi davomli febril isitmalash, keskin bosh og'irishi, titroq, mushak va bo'g'imlarda og'riq, ko'ngil aynishi, qusish, ich ketish qayd etiladi. Gemodinamikaning buzilishi (teri qoplamlarining keskin rangpar bo'lishi fonida marmarsimon tasvirning kuzatilishi, yurak tovushlarining bug'iqlashuvi, taxikardiya, taxipnoe) ko'p rivojlanadi. Turli darajada infeksiyon-toksik shok rivojlanishi mumkin. Kasallikning 2-3 kunlarida tanada va oyoq-qo'llarda, ko'proq bo'g'imlar atrofida joylashgan dog'li papulyoz yoki nuqtasimon toshmalar

paydo bo‘ladi. Jigar va taloq o‘lchamlari tezda kattalashadi. Sariqlik, najas va peshobning rangi o‘zgaradi. Ba’zida gemorragik sindrom rivojlanadi, bu esa kasallik kechishini og‘irlashtiradi.

Og‘ir shakllar bilan bir qatorda kasallikning bilinar-bilinmas, atipik turlari ham mavjud. Ular tana haroratining qisqa muddatli ko‘tarilishi, qorinda biroz og‘riqlar va kuniga 2-4 martagacha ich kelishi bilan tavsiflanadi. Asoratlari ko‘pincha kasallikning 2-3 haftalarida rivojlanadi. Bular allergik ekzantema (eshakemi, tugunli eritema), Kvinke shishi, artrit (ko‘proq yirik bo‘g‘imlarda) miokardit, uretrit, konyunktivit, appendisitdir.

Ichak iersiniozida og‘irlik darajasi mezonlari bo‘lib, klinik simptomlarining 2 ta guruhi xisoblanadi. Bular umumiy va mahalliy simptomlardir. Masalan, najasning kelish soni va hususiyati, og‘riq sindromining ifodalanishi, jigar o‘lchamlari kattaligi, toshmaning qo‘yiqliqi va boshqalar.

TASHHISOTI VA QIYOSIY TASHHISOTI. Iersiniozni klinik jihatdan tashhislash mumkin. Bu kasallikning o‘tkir boshlanishi, zaharlanish, isitmalashning mavjudligi, o‘tkir gastroenterokolit belgilarining ekzantema, sariqlik, artralgiyalar va epidemiologik omillar bilan birgalikda uchrashi asosida o‘tkaziladi. Tashhisni laborator jihatdan tasdiqlash uchun qon, najas, orqa miya suyuqligi, yallig‘langan mezenterial limfa tugunlari va appendikulyar o‘simtalardan olingan materialni ozuqa muhitlariga ekish lozim. Materiallarni ekish usullari bakteriologik usul – mikrobini qon, halqum yuvindisi, najas va peshobdan oddiy ozuqa muhitlariga yoki Patterson va Kuk usuli bo‘yicha ekish orqali ajratib olishdir.

Serologik usullardan agglyutinatsiya reaksiyasi (AP), eritrositap diagnostikumlar bilan olib boriluvchi bilvosita gemagglyutinasiya reaksiyasi (BGAR), lateksagglyutinasiya, immunoferment tahlili (IFT) qo‘llaniladi. AR va BGAR spesifik antitanachalarni kasallikning 6-10-kunlariga, IFT esa 3 -kunida aniqlashga imkon beradi. AR uchun diagnostik titr 1:40-1:160 ni, BGAR uchun esa 1:100-1:200 ni tashkil qiladi. Agglyutininlarning eng yuqori titri bolalarda kasallikning 2-4 haftasida kuzatilib, u 2 oy mobaynida pasayib boradi.

Iersiniozning ichak shaklida koprokulturalar ko‘pincha kasallikning 1-haftasida aniqlanadi. Ichak iersiniozida gemogramma o‘ptamiyona leykositoz, tayoqcha yadroli hujayralar sonining bazan yetilmagan shakllarigacha siljishi bilan kechuvchi neytrofillyoz, ECHT ning tezlashuvi bilan tavsiflanadi. Iersiniozli gepatitda umumiy bilirubin miqdorining oshishi qayd etiladi. Bu bevosiga bilirubin qismi-evaziga amalga oshadi. ALAT va AsAT fermentlari faolligi biroz oshadi yoki o‘zgarmasligi ham mumkin.

Qiyosiy tashhisot yetakchi klinik sindromga muvofiq o'tkaziladi. Kasallikning ichak shaklida uni boshqa ichak kasalliklari (shigellyozlar, esherixiozlar, salmonellezlar, tif-paratif kasalliklari), soxta sildan farqlash lozim bo'ladi. Ekzantemalar mavjudligida havo-tomchi infeksiyalari (skarlatina, qizilcha, qizamiq), enterovirusli infeksiya, toksik-allergik eritemani istisno qilish kerak. Iersiniozli gepatitda uni virusli gepatitlardan farqlash kerak. Kasallikning tarqoq shakllarini boshqa etiologiyali sepsislar bilan qiyoslash kerak.

DAVOSI. Iersiniozning yengil shakllarini uy sharoitida davolash mumkin. Kasallikning og'ir shakllarida bemorlarni albatta shifoxonaga yotqizish kerak. Kasallikning oshqozon-ichak, abdominal va jigar shakllarida bemorlarga tegishli parhez buyuriladi.

Etiotrop dorilar sifatida antibiotiklardan biri tayinlanadi. Ichish uchun ampicillin 0,25 g tabletkadan kuniga 4 mahal; nifuroksazid 0,25 g dan kuniga 4 mahal. Mushak ichiga seftriokson 0,5 g dan kuniga 2 mahal buyurilishi mumkin. Kasallikning septik shaklida sefalosporinlar va ftorxinolonlar birgalikda parenteral kiritish uchun tayinlanadi. Bundan tashqari, kortikosteroidlar ham buyuriladi. Davolash kursi davomiyligi kasallikning shakli va og'irlik darajasiga muvofiq belgilanadi: kasallikning yengil kechishida - 5-7 kun, o'rta og'ir va og'ir kechishida esa 14 kungacha yetadi. Kasallikning o'rta og'ir va og'ir kechishida antibiotiklar, gormonlar bilan bir qatorda simptomatik davolash ham o'tkaziladi. U zaharlanishga qarshi, pegidratatsion tadbirlarni, gistaminga qarshi vositalar, vitaminlarni o'z ichiga oladi. Artritlarda na tugunli eritemada antibiotiklar kam samara beradi, shuning uchun patalogik jarayonni bartaraf etish uchun bodga qarshi preparatlar va kortikosteroidli gormonlar qo'llaniladi.

Appendisitda, absesslarda, osteomielitda jarrohlik amaliyoti o'tkazilishi kerak.

KASALLIK BASHORATI. Uning septik shaklidan tashqari, ko'p hollarda yaxshi.

PROFILAKTIKASI. Deratizatsion tadbirlarni o'tkazishga va oziq-ovqatlar, hamda suvni kemiruvchilardan saqlashga qaratilishi kerak. Kasallik o'chog'ida bemorlarni aniqlab, ularni shifoxonaga yotqizish kerak. Zararlangan sabzavotlarni termik ishlovsiz iste'mol qilmaslik kerak. Bemorlarni shifoxonadan to'liq klinik sog'ayish va najasning 2 marta manfiy chiqqan bakteriologik tekshiruv natijalariga asosan chiqarish mumkin.

O'chog'da ko'riladigan chora tadbirlar boshqa ichak infeksiyalaridagidek o'tkaziladi. Iersiniozning profilaktikasi ishlab chiqilmagan.

SOXTA SIL

Soxta sil - zoonozlar guruhiga kiruvchi o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, u umumiy zaxarlanish belgilari, isitmalash, skarlatinasimon toshma toshishi, hamda boshqa a'zo va tizimlarning zararlanishi bilan tavsiflanadi.

ETIOLOGIYA SI. Soxta sil qo'zg'atuvchisi – *Iersinia Pseudotuberculosis*, spora va kapsulalar hosil qilmaydi, quritish va oftob nurlari ta'siriga chidamli bakteriya hisoblanadi. U 60°C gacha qizdirishda va ultra yuqori chastotali nurlanish ta'siri ostida 30 daqiqadan so'ng qaynatganda esa 10 soniyadan keyin halok bo'ladi. Oddiy zararsizlantirish ya'ni 2% li xloramin, lizol, sulema, eritmalari bilan ta'sir etganda mikroblar 1 daqiqada halok bo'ladi. Soxta sil mikrobinin past haroratda (1-4°C) kam o'sa olish xossasi ajratib turadi. Uning ko'payishi uchun eng qulay harorat bo'lib 22-28°C hisoblanadi. Mikroblar qaynatilgan vodoprovod, daryo suvlarida faol ko'payadi, hamda o'z hususiyatlarini past haroratda (2-12°C) kam saqlay oladi. Mikroblar odam va hayvonlarning tabiiy to'siqlaridan o'ta olish qobiliyatiga ega.

IMMUNITET. O'ziga xos gumoral antitanachalarning yig'ilishi sekin ro'y beradi va ko'pincha ular ifodalangan himoyalovchi xossalarga ega bo'lmaydi. Ba'zi hollarda spetsifik antitanachalar faqatgina kasallikning qaytalanishlaridan so'ng paydo bo'ladi. Spetsifik antitanachalarning bunday kuchsiz ishlab chiqarilishi yetarlicha bo'lmagan antigenli ta'sirlanish bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Qo'zg'atuvchining eliminasiyasida fagositoz va nospesifik himoyaning boshqa omillari katta ahamiyatga ega. Lekin ba'zida uzoq muddat davomida fagositoz tugallanmagan holda saqlanadi. Bunday bolalarda soxta sil og'ir, uzoq muddat, avj olishlar va qaytalanishlar bilan kechadi. Oxir oqibat sekin-asta spetsifik antitanachalar titri o'sib boradi va nospetsifik himoya mexanizmlari kuchayib boradi. Buning natijasida qo'zg'atuvchining to'liq eliminasiyasi va sog'ayish kuzatiladi. Immunitetning davomiyligi aniqlanmagan, lekin uning turg'un ekanligini tasdiqlovchi yetarli asoslar mavjud. Qayta kasallanish hollari agar uchrasa, bu kamdan-kam hollarda ro'y beradi.

EPIDEMIOLOGIYASI, Soxta sil sobiq ittifoqning deyarli barcha xududlarida uchrab turgan kasallik hisoblanadi. Kasallik manbai bo'lib yovvoyi va uy hayvonlari, hamda qushlarning 29 ta turi hisoblanadi. Infeksiyaning asosiy manbai bo'lib, sichqonsimon kemiruvchilar hisoblanadi. Ular o'z ajratmalari bilan oziq-ovqatlarni ifloslantirishadi. Buning natijasida ovqat mahsulotlarida qo'zg'atuvchining ko'payishi va to'planishi rivojlanadi. Hayvonlardan tashqari, kasallik manbai sifatida tashqi muhit omillari, tuproq, suv, havo, yem-xashak, sut va suv mahsulotlari, oshxona anjomlari,

sabzavotlarda ham ko'payishi mumkin. Demak, mikroblar 2 ta tabiiy yashash muhitiga ega. Bu hayvonlar organizmi va tashqi muhit omillari. Bu epidemiologik jihatdan muhim ahamiyatga ega. Qishki mavsumda sabzavot omborlarida qo'zg'atuvchilar bilan sabzavotlarning ifloslanishi ko'payadi va xonalardagi harorat ($5-7^{\circ}\text{C}$) kam qo'zg'atuvchining ko'payishi uchun qulay hisoblanadi. Mikroblar suvda 2-8 oy, yog'da –5oy, shakarda –3 haftagacha, nonda 150 kungacha, sutda – 30 kun, tuproqda- 1 yilgacha saqlanishi mumkin.

Odam organizmi kasallik manbai bo'la olishi mumkinligi hali isbotlanmagan. Kasallik yuqishi og'iz orqali (alimantar) termik ishlov berilmagan zararlangan ovqat (salatlar, vinegretlar, mevalar, sut mahsulotlari, suv va boshqalar)ni iste'mol qilish natijasida ro'y beradi. Kasallik ko'pincha epidemik portlashlar ko'rinishida, ba'zan esa sporadik hollar ko'rinishida uchraydi.

Soxta silga ham bolalar, ham kattalar beriluvchan hisoblanadi. Olti oygacha bo'lgan bolalar soxta sil bilan deyarli kasallanmaydi. Yetti oylikdan 1 yoshgacha bo'lgan bolalar kamdan-kam kasallanadi. Bu ovqatlanish xususiyatlari bilan bog'liqdir. Kasallik uchun qishki-bahorgi mavsumiylik (fevral, mart oylari) xos. Aynan shu oylarda sabzavot omborlaridan meva va sabzavotlarning iste'moli ko'payadi.

PATOGENEZI. Qo'zg'atuvchi zararlangan ovqat yoki suv bilan og'iz orqali organizmga tushadi (yuqish bosqichi) va oshqozon to'sig'idan o'tgach ingichka ichakka tushadi. U yerda u enterositlar, yoki ichak devorining hujayralararo bo'shliqlariga kirib oladi-*enteral bosqich*. Shundan so'ng ingichka ichakning shilliq qavatida yallig'lanish (enterit) rivojlanadi Ichakdan mikroblar tutqichdagi xududiy limfa tugunlariga o'tib u yerda limfadenitni chaqiradi *xududiy infeksiya bosqichi*. Qo'zg'atuvchining birlamchi joylarini o'tib borishi natijasida patogenezni keyingi bosqichi-*infeksiyaning tarqalishi rivojlanadi*.

Bu kasallikning klinik belgilari paydo bo'lishi davriga to'g'ri keladi. Patologik jarayonining yanada zo'rayib borishi qo'zg'atuvchining retikuloendotelial tizim hujayralari (ko'proq jigar va taloq) da ushlanib qolishi bilan bog'liq bo'ladi. Bu kasallikning *parenximatoz bosqichi*, klinik jihatdan jigar va taloq o'lchamlarining kattalashuvi, ularning faoliyati buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Infeksiyaning qaytadan tarqalishi va kasallikning avj olishlari yoki qaytalanishlari rivojlanishi mumkin. Kasallik so'nggida qo'zg'atuvchining to'liq eliminatsiyasi va spesifik antitanachalar hosil bo'lishi ro'y beradi. Bunda *klinik sog'ayishi* kuzatiladi.

Soxta sil patogenezida allergik omil kam ahamiyatga ega, u qo'zg'atuvchining qon oqimiga qaytadan tushishi yoki organizmning ilgari rivojlangan nospesifik sensibilizatsiyasi bilan bog'liq. Kasallik davomida allergik

toshma, artralgiya, tugunli eritema va boshqa belgilarning kuzatilishi allergik omil mavjudligidan dalolat beradi.

KLINIKASI. Kasallikning yashirin davri o‘rtacha 8-10 kunni tashkil qiladi. Kasallik o‘tkir boshlanadi, prodromal belgilar ifodalanmaydi. Tana harorati odatda 2-3 kun ko‘tariladi. Kam hollarda u kasallikning birinchi kuni oxirlarida maksimal darajagacha ko‘tarilishi mumkin. Tana haroratini ko‘tarilishi qaytalanuvchi titroq va biroz terlash bilan kechadi. Shu bilan birgalikda bosh og‘rishi, mushaklarning bo‘shashishi, uyqusizlik, ba‘zan ko‘ngil aynishi va qusish paydo bo‘ladi. Ushbu simptomlar qorin va bo‘g‘imlardagi og‘riqlar bilan birga qayd etilishi mumkin. Bemorning yuzi bo‘yni qizaradi, konyunktivasida qizarish, skleralarida qon quyilish aniqlanadi. Xalqumda, yumshoq tanglayda chegaralangan yaqqol giperemiya aniqlanadi. Til kulrang oq karash bilan qoplangan bo‘ladi. Karash yuqolgandan so‘ng til skarlatinadagi malinasimon tilni eslatadi. Kaftlar va oyoq panjalarning tovon yuzalarida qizarish va shish aniqlanadi.

Terida toshmalar kasallikning birinchi kunida ko‘pincha 2- va 4-kunlar oralig‘ida paydo bo‘ladi. U mayda nuqtasimon, mo‘l bo‘ladi va ko‘proq gavdaning yonbosh qismlarida, qo‘llarning bukuluvchi sohalarida, chov sohalarida joylashadi.

Nuqtasimon toshma bilan birgalikda bemorda ba‘zan mayda dog‘li elementlar kuzatiladi. Ular yirik bo‘g‘imlar atrofida joylashadi. Bemorda ba‘zan terining tabiiy bo‘g‘imlarida va ko‘krak qafasining yon qismlarida alohida petexiyalar yoki chiziqlar ko‘rinishidagi gemorragiyalar kuzatiladi. Bemorlarda «*kapyushon*» *simptomi*, ya‘ni yuz va bo‘yinda ko‘kimsir tusli giperemiya; «*qo‘lqoplar*» *simptomi* – qo‘l panjalarning pushti ko‘kimsir rangli bo‘lishi; «*paypoqlar*» *simptomi* – oyoq panjalarning pushti ko‘kimsir rangli bo‘lishi aniqlanadi. Toshma ko‘pincha kasallikning 5-7 kunida, kamroq esa 8-10 kunlarida yo‘qoladi. Toshma yo‘qolganidan keyin terida plastinkali qipiqlanish kuzatiladi. Kasallikning uzoq muddatli kechishida va qaytalanishlar rivojlanganda boldirlarda, kamroq dumbalarda tugunli eritema elementlari paydo bo‘ladi. Huddi skarlatinadagidek soxta silda kam turg‘un oq dermografizm aniqlanadi.

Kasallikning ayni avj olganda bemorlarning yarmida bo‘g‘imlarda o‘zgarishlar kuzatiladi. Ko‘pincha bu artralgiyalar ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Lekin shish kam kuzatilishi mumkin. Bunda boldir, boldir- panja, tizza, bilak – kaft usti bo‘g‘imlari zararlanadi. Kasallikning ushbu davrida ko‘pincha ovqatni hazm qilish tizimi tomonidan o‘zgarishlar aniqlanadi. Bemorning ishtaxasi pasayadi, ko‘ngil ayniydi, 1-2 marta qusish, ba‘zan qorinda og‘riq va ichning buzilishi kuzatiladi. Qorin damlanadi. Paypaslanganda bemorlarning yarmida

og'riqlik, o'ng yonbosh soxada quldirash aniqlanadi. Ko'richak soxasida ba'zan kattalashgan va og'riqli mezenterial limfa tugunlarini paypaslash mumkin.

Ichak faoliyatining buzilishi kam ro'y beradi. Bunda ich kelishining ko'payishi, najasning suyuqlanishi, o'z shaklini yo'qotmasligi kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda terminal ileit yoki o'tkir appendisit aniqlanishi mumkin.

Yurak tomir tizimidagi o'zgarishlar nisbiy bradikardiya, kamroq taxikardiya, yurak tovushlarining bo'g'iqlashuvi, ba'zan sistolik shovqin, og'ir hollarda aritmiya bilan namoyon bo'ladi. Arterial bosim o'rta miyona pasayadi. EKG da miokard qisqarish qobiliyatining o'zgarishi, o'tkazuvchanlikning buzilishi, ekstrasistoliya, T tishchaning pasayishi, qorinchali majmuaning kengayishi aniqlanadi.

ICHKI A'ZOLAR FAOLIYATINING BUZILISHI. Ovqat hazm qilish tizimi tomonidan qusish, angina va tildagi o'zgarishlardan tashqari ich ketishi, ishtahaning pasayishi, ba'zan jigar va taloq o'lchamlarining kattalashuvi, teri va skleralarning sarg'ayishi aniqlanadi. Qon zardobida bevosita bilirubin miqdorining oshishi, jigar fermentlari (AlAT, AsAT, F-1-F va boshq.) faolligi oshishi, cho'kma sinamalarning musbatligi qayd etiladi. Kamroq hollarda o'tkir xoletsistit yoki angixolesistit manzarasi kuzatiladi.

Kassalikning avjida bel sohasida og'riqlar, diurezning kamayishi aniqlanishi mumkin. Peshob taxlilida albuminuriya, mikrogematuria, silindruriya va anuriya aniqlanadi. Ushbu o'zgarishlar infeksiyon-toksik buyrak sifatida ta'riflanadi. Kam hollarda diffuz glomerulonefit rivojlanishi mumkin.

Bolalarda soxta silning klinik shakllari tasnifi

Turi	Og'irligi	Kechishi
I. Tipik klinik shakllari a) skarlatinasion; b) abdominal; v) artraljik; g) sariqlik; d) tarqoq (septik) II. Atipik klinik shakllari a) bilinar - bilinmas; b) subklinik; v) kataral	1. Yengil 2. O'rta og'ir 3. Og'ir Og'irlik ko'rsatkichi 1. Meningoensefalitik sindrom 2. Gemorragik sindrom 3. Jigarning ifodalangan zararlanishi 4. Abdominal sindrom 5. Bo'g'imlarning zararlanishi 6. Jarayonning tarqalishi belgilari	1. Tekis 2. Avj olib boruvchi va qaytalanishlar bilan 3. Asoratlar bilan

Kasallikning yengil shaklida zaxarlanish belgilari kuchsiz ifodalangan, tana harorati 38-38,5⁰C dan oshmaydi. O'rta miyona ifodalangan toshma, jigarning biroz kattalashishi, tez o'tib ketuvchi artritlar va boshqa kuchsiz ifodalangan belgilar aniqlanadi.

Kasallikning o'rta og'ir shaklida zaxarlanish belgilari kuchli ifodalangan, tana xarorati 38,5⁰C dan yuqori bo'ladi. Ko'ngil aynishi, ba'zan qusish, toshma, ichki a'zolar tomonidan o'zgarishlar aniqlanadi.

Soxta silning og'ir shakli uchun turg'un yuqori tana harorati, keskin ifodalangan zaharlanish belgilari, qayta qusish, bosh aylanishi, ko'pincha gemorragik hususiyatga ega toshma xosdir. Jigar, bo'g'imlar, oshqozon- ichak yo'li zararlanishi belgilari uzoq muddat saqlanadi. Kasallikning ushbu shakli ko'pincha jarayonning tarqlishi bilan kechadi. Qonda giperleykositoz, toksik donadorlik, ECHT ning yuqori bo'lishi aniqlanadi. Gipoxrom anemiya, leyokositoz, anizositoz, trombositoz rivojlanishi mumkin.

Soxta silning atipik shakllari doim yengil, kechadi, shuning uchun ular og'irlik darajasi bo'yicha farqlanmaydi.

Kasallikning bilinar- bilinmas shaklida yengil noxushlik, subfebril tana harorati, toshma bilan tavsiflanadi. Bemorlar odatda shifokorga murojaat qilmaydi. Tashhis epidemiologik vaziyatni hisobga olgan holda laborator tekshiruvlar natijasiga asoslanib qo'yiladi.

Kasallikning subklinik (innapparant) shakli klinik jihatdan namoyon bo'lmaydi. Shuning uchun u faqat laborator tekshiruvlar natijasi (qon zardobida soxta sil mikrobiga qarshi antitanachalar aniqlanishi) ga ko'ra tashhislanadi.

Kasallikning kataral shakli o'tkir respirator kasallik ko'rinishida kechadi. Bemorda yo'tal, tumov, subfebril tana harorati aniqlanadi. Toshma toshmaydi. Ichki a'zolar zararlanmaydi.

Soxta sil kechishi tekis. Klinikada keskin burilish kasallikning 5-7 kunida ro'y beradi. Tana harorati sekin-asta me'yorgacha tushadi. Zaharlanish belgilari yo'qoladi. Ichki a'zolar faoliyati va gemogramma ko'rsatkichlari me'yorlashadi. Ba'zi hollarda toshma yo'qolishidan keyin plastinkali qipiqlanish oyoq va qo'l panjalarida, kepaksimon qipiqlanish belda, ko'krakda, bo'yinda kuzatiladi. Kasallikning tekis kechishi hammasi bo'lib 1-1,5 oy davom etishi mumkin. Lekin, ko'pincha avj olishlar va qaytalanishlar kuzatiladi. Bolalarda kasallikning barcha shakllarida, qaytalanishlarning uchrash soni 16-22 tani tashkil qiladi. Ko'pincha 1 ta qaytalanish, kamroq 2-3 ta qaytalanish uchraydi. Qaytalanishlar birlamchi kasallikdan yengilroq kechadi. Kasallik

cho'ziladi, bemorning to'liq sog'ayishi kasalik boshlanishidan 2-3 oy o'tgach ro'y beradi. Soxta silning surunkali shakllari uchramaydi.

TASHHISOTI VA QIYOSIY TASHHXISOTI. Soxta silning qiyosiy tashhisoti klinik tekshiruvlar, epidemiologik ma'lumotlarga asoslanib o'tkaziladi. Tipik hollarda o'ziga xos simptomlar: tana haroratining ko'tarilishi, mushaklarning bo'shashishi, uyqusizlik, qusish, qorin va bo'g'imlarda og'riqlar mavjudligiga asoslanib qo'yiladi. Teri, shilliq qavatlar, oshqozon-ichak yo'lining zararlanishi, kasallikning to'lqinsimon kechishi tashhisot uchun katta aqamiyatga ega. Skarlatinasimon toshma va boshqa a'zo va tizimlarning zararlanishi mavjudligida tashhis qo'yilishi osonlashadi.

Kasallikning bilinar-bilinmas va atipik shakllarini tashhislashda qiyinchiliklar paydo bo'lishi mumkin.

Soxta silning tashhisotida bakteriologik va serologik tekshiruv hal qiluvchi ahamiyatga ega. Periferik qondagi o'zgarishlar: leykositoz, tayoqcha yadroli hujayralar sonining siljishi bilan neytrofilez, monositoz, eozinofiliya, ECHT ning oshishi ham ma'lum jihatda yordam beradi. Kasallikning og'ir shaklida gipoxrom anemiya, leykilositoz, anizositoz, trombositopeniya kuzatilishi mumkin.

Bakteriologik usul - soxta sil mikrobin qon, xalqum yuvindisi, najas va peshobdan oddiy ozuqa muhitlariga yoki Patterson va Kuk usuli bo'yicha ekish orqali ajratib olishdir.

Serologik usul (agglyutinatsiya reaksiyasi) spetsifik antitanachalarni aniqlashga asoslangan. Bunda AR, komplement bog'lash reaksiyasi, passiv gemagglyutinatsiya reaksiyasi va boshqalar qo'llaniladi. Ushbu tekshiruvlar uchun qon 2 marta olinadi: kasallikning boshida (1-xaftasida) va oxirlarida (2-3 xaftasida). Diagnostik titr 1:80 va undan yuqoriroq nisbat hisoblanadi. Kasallik dinamikasida ushbu titr 4 va undan ko'proq marta oshishi mumkin. Bundan tashqari, immunoflyuorestsentsiya reaksiyasi va bakterial laziks usuli (BLU) qo'llaniladi.

Soxta silda simptomlarning ifodalangan polimorfizmi bo'lganligi sababli kasallikning qiyosiy tashhisoti ancha qiyinchiliklar tug'diradi. Qiyosiy tashhisot o'tkazilishi mumkin bo'lgan kasalliklar doirasi juda keng. Bular orasida skarlatina, qizamiq, qizilcha, tif-paratif kasalliklari, enterovirusli infeksiya, bod, virusli gepatit, sepsis, appendisit va boshqalar bor.

Skarlatina ko'proq bolalarda uchraydi. Soxta sil qo'zg'atuvchisi esa kattalar orasida epidemik portlashlar chaqirishi mumkin. Skarlatinani soxta sildan keskin farqlovchi belgi bu bemorlarda kasallikning boshidanoq o'tkir tonzillit (murtak bezlarining kattlashuvi va ularning ustida karashlarning bo'lishi) ning, hamda xududiy limfadenitning kuzatilashidir. Bu soxta sil uchun xos emas. Soxta silda

skarlatinada uchramaydigan bir qator simptomlar mavjud. Bular- qorindagi og‘riq, dispeptik buzilishlar, poliartrit, jigarning kattalashuvi, sariqlikdir. Soxta silda toshma skarlatinaga o‘xshab tana va qo‘l-oyoqlar bo‘ylab tarqalmay, ko‘pincha simmetrik holda tananing alohida sohalarida, ya‘ni qo‘llarda, bo‘g‘imlar atrofida joylashadi. Ko‘pchilik bemorlarning qo‘l panjalari qizargan va shishgan bo‘ladi. Soxta silda teri foni rangpar, kamroq sarg‘ishroq bo‘ladi. Ko‘pincha qaytalanishlar davrida ikkilamchi allergik toshma paydo bo‘ladi. Bunda ikkilamchi toshma chegaralangan hususiyatga ega bo‘ladi.

Soxta sil va skarlatina qo‘zg‘atuvchilari penisillinga nisbatan turli sezgirlikka ega: skarlatinada u ifodalangan samaraga ega bo‘lsa, soxta silda u kam samara beradi.

Qizilcha soxta sildan umumiy zaxarlanish belgilarining kamroq ifodalanishi, yuqori va uzoq muddatli bo‘lmagan tana harorati bilan ajralib turadi. Qizilchada toshma mayda dog‘li, papulyoz hususiyatga ega bo‘lib, u pushti rangli va oyoq-qo‘llarning yoziluvchi sohalariga ko‘proq oshadi. Qizilcha uchun xos belgilardan biri, bu ensa va orqa bo‘yin limfa tugunlarining kattalashuvidir. Bu belgi soxta silga xos emas. Soxta sildan farqli o‘laroq, qizilchada leykopeniya yoki normotsitoz, limfositoz va ko‘p miqdorda plazmatik hujayralar aniqlanadi.

Enterovirusli kasalliklarda terida toshma va mialgiya bilan birgalikda ko‘pincha ko‘krak qafasi mushaklarida, qorinda, ba‘zan oyoq-qo‘llarda ifodalangan og‘riq qayd etiladi. Enterovirusli infeksiyalarda toshma polimorf – dog‘li yoki dog‘li – papulyoz bo‘ladi. Ekzantema kataral belgilar, qusish, sklerit, mushaklarda, yirik nerv tolalari bo‘ylab og‘riq rivojlanishi bilan birgalikda kechadi. Enterovirusli kasallikka chalingan bemor bolalardan olingan qoni juft zardoblarda tekshirilganda enteroviruslarga qarshi antitanachalar aniqlanishi mumkin.

Bod bilan qiyosiy tashhisot o‘tkazilganda anamnezni o‘rganish muhim ahamiyatga ega. Bunda tez- tez uchrab turuvchi anginalar va virusli respirator kasalliklarga chalinish hakida ma‘lumot bo‘ladi. Bunda «asossiz» o‘zini nohush sezish, holsizlik, artralgiyalar, yurak sohasida og‘riqlar, ECHT ning oshishi qayd etiladi.

Soxta silning sariqlik shaklini **virusli gepatitlardan** farqlash kerak. Bunda kasallikning o‘tkir tana haroratining oshishi, qorinda bo‘g‘imlarda og‘riqlar, toshma toshishi, kataral belgilar bilani boshlanishi, qonda transminazalar miqdorining me‘yoriy bo‘lishi yoki o‘rta miyona oshishi fonida leykositoz va ECHT oshishining mavjudligi tashhisot uchun muhim mezonlardan biri hisoblanadi. Tana harorati me‘yorlashishi bilanoq umumiy zaxarlanish simptomlari yo‘qoladi. Soxta sil neytrofilli leykositoz, eozinofiliya, nisbiy limfositopeniya bilan birgalikda kechadi. Virusli gepatit uchun leykopeniya, me‘yoriy yoki sekinlashgan ECHT xosdir.

Appendisitdan farqli o'laroq, soxta silda tana haroratining tez 38-39,5⁰C gacha oshishi kuzatiladi. Terminal ileit belgilari keyinroq qo'shiladi. Qorin pardaning ta'sirlanishi belgilari aniq ifodalanmaydi va qisqa muddatli bo'ladi. Appendisit, aksincha, qorindagi og'riqlar, biroz tana haroratining ko'tarilishi bilan namoyon bo'lib, uzoq muddat ushlanib turadi. Soxta silda abdominal sindrom bilan birgalikda toshmalar, bo'g'imlarda og'riqlar, jigarning kattalashuvi aniqlanadi.

DAVOSI. Soxta sil bilan kasallangan barcha bemorlarni shifoxonaga yotqizish shart emas. Buni epidemiologik vaziyat, kasallikning og'irlik darajasi, bemorning yoshi va premorbid holatini inobatga olgan holda amalga oshirish kerak. Soxta sil bilan kasallangan bemorlar tana harorati me'yorlashguncha va zaxarlanish belgilari yo'qolguncha yotoq tartibiga rioya qilishlari kerak. Qat'iy tartibga rioya qilish qaytalanishlar, avj olishlar sonini kamaytirishga, kasallikning tekis kechishiga imkon yaratadi. Jigari va oshqozon ichak yo'li zararlanmagan soxta sil bilan kasallangan bemorlarning ovqatlanishida unchalik ham chegaralashlar yo'q, agar bemorda jigar zararlanishi belgilari kuzatilsa 5-stol, abdominal simptomlarda klinik simptomlar avjida 4-stol, keyin esa 2-stol buyuriladi.

Etiotrop davolash maqsadida keng spektrli antibiotiklar buyuriladi. Ular orasida eng samarali bo'lib seftriokson hisoblanadi.

Seftriokson bilan 5 kunlik davolashda, boshqa antibiotiklarni qabul qilgan bemorlarga nisbatan, umumiy zaxarlanish belgilarining tez yo'qolishi va isitmalash davrining 2-3-kunga qisqarishi kuzatiladi. Kasallikning og'ir shakllarida 2 ta antibitotik buyurish mumkin.

Kasallik yengil va bilinar-bilinmas shakllarini simptomatik vositalar bilan davolash mumkin.

Kuchli ifodalangan umumiy zaxarlanish belgilarida vena ichiga reopoliglyukin, Ringer eritmasi, 10%li glyukoza eritmalarini kiritish mumkin. Og'ir hollarda prednizolon 1-2 mg/kg dan kuniga 3 mahal 5-7 kun buyuriladi. Prednizoloni ayniqsa tugunli eritema va poliartritlar kuzatilganda kiritish lozim.

Bemorlarga bundan tashqari desensibilazatsiyalovchi davolash: dimedrol, pipolfen, suprastin, tavegil, diprazin va boshqalar buyuriladi.

Soxta silda ko'pincha avj olishlar va qaytalanishlar rivojlanishi mumkinligini e'tiborga olib bemorlarga immunitetni rag'batlantiruvchi dorilar: metiluratsil, askorbin kislotaning yuqori miqdorlari, polivitaminlar buyuriladi.

Bemorlar shifoxonadan tana harorati me'yorlashuvidan so'ng 7-10 kun o'tgach, barcha klinik simptomlar yo'qolgach va periferik qon ko'rsatkichlari me'yorlashga chiqariladi.

PROFILAKTIKASI. Deratizasion tadbirlarni o'tkazishga va oziq- ovqatlar, hamda suvni kemiruvchilardan saqlashga qaratilishi kerak: Spetsifik profilaktika ishlab chiqilmagan. Kasallik o'chog'ida bemorlarni aniqlab, ularni shifoxonaga yotqizish kerak. Zararlangan sabzavotlarni termik ishlovsiz iste'mol qilmaslik kerak. Bemorlarni shifoxonadan to'liq klinik sog'ayish va najasning 2 marta manfiy chiqqan bakteriologik tekshiruv natijalariga asosan chiqarish mumkin.

Kasallik o'chog'idagi tadbirlar umuman ichak kasalliklaridagi o'tkaziladi. Bemorlarni shifoxonaga yotqizgandan so'ng yakuniy dezinfeksiya o'tkaziladi.

Test savollari:

- 1. Ichak iersineozi qo'zg'atuvchisi:**
 - A. Iersinia enterocolitica
 - B. Iersinia Pestis,
 - V. Iersinia abdomimalis,
 - G. Iersinia Pseudotuberculosis
- 2. Qo'zg'atuvchi qanday xaroratda uzoq muddat ko'payishi mumkin.**
 - A. +4 - 18⁰ S
 - B. +14 +28⁰ S
 - V. +18 + 50⁰ S
 - G. -4 - 28⁰ S
- 3. Kasallik manbai kim xisoblanadi.**
 - A. Bemor odam, hayvonlar, tashuvchilar.
 - B. Kemiruvchilar, cho'chqalar, parrandalar.
 - V. Bemor odam, parrandalar, sut maxsulotlari.
 - G. Tashuvchilar, go'sht maxsulotlari, qassoblar
- 4. Kasallikni yashirin davri necha kun bo'ladi.**
 - A. 1-6 kun.
 - B. 3-5 kun
 - V. 7-10 kun
 - G. 5-12 kun
- 5. Soxta sil toshmasi qanday bo'ladi.**
 - A. Nuqtasimon, giperemiya fonida qo'lqop va paypoq simptomlari.
 - B. Nuqtasimon, giperemiya fonida, teri satxidan qo'tarilmagan.
 - V. Makula-papulez, o'zidan keyin dog' qoladi, kepaklanish tangasimon bo'ladi.
 - G. Vezikula-pustulez, o'zidan keyin chandiq qoladi.
- 6. Iersineozning asoratlarini ko'rsating.**

- A. Allergik ekzantema (eshakemi, tugunli eritema), Kvinke shishi, ko'proq yirik bo'g'imlarda) miokardit, ureit, konyunktivit, appendisitdir.
- B. Peritonit, qon ketishlar.
- V. Geptosplenomegaliya, miokardit, meningit, meningoensefalit.
- G. Meningoensefalit, pielonefrit, gepatit, pnevmoniya.
- 7. Soxta silni qiyosiy tashxisi.**
- A. Skarlatina. qizamiq, gepatit, ichak infeksiyasi.
- B. Qizilcha, appendisit, salmonellez.
- V. Allergik toshma, esherixioz, mexanik sariqlik
- G. Gepatit, meningit, ich terlama.
- 8. Bakteriologik tekshiruv uchun qanday materiallar olinadi.**
- A. Qon, oshqozon yuvindisi, najas, orqa miya suyuqligi.
- B. Tomoqdan va burundan surtma, orqa miya suyuqligi.
- V. Qusuq modda, najas, o't suyuqligi.
- G. Qon, balg'am, najas.
- 9. Iersinez va soxta silni etiotrop davosi.**
- A. Antibiotiklar
- B. Zardob
- V. Antigistamin preparatlari.
- G. Virusga qarshi preparatlar.
- 10. Iersineoz va soxta silni oldini olish.**
- A. Deratizasiya, dezinfeksiya, zararlangan oziq-ovqat mahsulotlarini termik ishlovsiz qabul qilmaslik.
- B. Dezinfeksiya, go'sht mahsulotlarini obrabotka qilish.
- V. Konservasiya mahsulotlarini termik ishlovsiz qabul qilmaslik.
- G. Qaynatilgan suv iste'mol qilish, sanitariya qoidalariga rioya qilish.

Vaziyatli masalalar

1-masala. Bemor 5 yosh. Shifoxonaga tana haroratining yuqori ko'tarilishi 39°C gacha, yaqqol intoksikatsiya belgilari, tez-tez 8-10 martagacha najasi suyuq, shilliq aralash, ko'kimtir ketishiga, qorni og'rishiga, ayniqsa o'ng yonbosh sohasida, bo'g'im atrofida, qo'l va oyoqlarda polimorf toshma toshishiga shikoyat bilan keltirildi.

1. Dastlabki tashhisni qo'ying.
2. Tekshirish rejasini belgilang.
3. Davolash rejasini tuzing.

2-masala.

3 yoshli bemor mavjuda 5 kundan buyon betob. Onasining shikoyatiga ko'ra bolaning ishtahasi buzilgan, ko'ngli aynib qayt qilgan, ichi suyuq kelgan, isitma kirgan. Qizcha bolalar bog'chasiga qatnaydi.

Epid anamnezidan: Bolalar bog'chasida 15 kun avval bir bola VGA bilan kasallangan va shifoxonaga yotqizilgan. Qizchanning ohirgi bolalar bog'chasiga borgan kuni 5 kun avval.

Ob'ektiv tekshirilganda: Umumiy ahvoli o'rta og'irlikda, terisi sarg'imtir, sklerasi ikterik, tili oq karash bilan qoplangan. Qorinda, o'ng qobirg'a sohasida og'riq bor. Jigar 2 sm kattalashgan. Ichi bir oz suyuqroq kelgan 2-3 mahal. Siyishi kamaygan, to'q qizil rangda.

1. Sizing tashhisingiz.
2. Shifokor taktikasi.

3-masala.

Bemor ilhom 10 yoshda, maktab o'quvchisi. Onasining shikoyatiga ko'ra 4 kundan buyon betob, isitma kirgan, yo'talgan, behol bo'lgan, 4-5 marotaba qayt qilgan, siydigi to'q qizg'ish rangli.

Ob'ektiv tekshirilganda: terisi va sklerasi sariq rangda, tili oq karash bilan qoplangan, qorinda og'riq bor. Jigari +2.0 sm. kattalashgan. Taloq kattalashmagan. Ich kelishi rovon, siydigi to'q qizg'ish rangda.

Tahlillar: ALT-5.5 mkmol/l, AST – 3,5 mkmol/l. Bilirubin-bog'lanmagan-18,5mkmol/l, bog'langan – 45,8 mkmol/l, Timol sinamasi – 14 YeD.

1. To'la tashhis qo'ying.
2. Davolash uchun nimalar tavsiya qilasiz.

4-masala.

7 yoshli Faridani maktabda tekshirilganda qonda ALT va AST miqdori ortganligi aniqlangan. Qizning xech qanday shikoyati yo'q. Bilirubin miqdori normada.

1. Sizning taktikangiz.
2. Tashhis qo'ying.

Nazorat savollar.

1. Iersineozlar keltirib chiqaruqchi kasalliklar.
2. Qo'zg'atuvchining asosiy xususiyatlari.
3. Ichak iersineozining etiologiyasi.
4. Patogenezi va klinik ko'rinishlari.
5. Iersineozlar klassifikasiyasi.
6. Soxta silning klinikasi.
7. Iersineoz va soxta sil diagnostikasi.
8. Qiyosiy tashhisoti.
9. Davolashning asosiy tamoyillari.
10. Kasallikni oldini olish va o'chog'da olib boriladigan chora-tadbirlar.

7- MAVZU. VABO.

Vabo-o'ta xavfli yuqumli kasalliklardan hisoblanadi, o'tkir gastroenterit, dehidratasiya alomatlari bilan kechadigan va keng tarqalishga moyil xastalik xisoblanadi.

Vabo odamzodga qadim zamonlardan ma'lum. Hindiston va Bangladesh vaboning endemik o'chog'i hisoblanadi. Vaqti-vaqti bilan kasallik qo'shni davlatlarga, xatto turli qit'alarga tarqalib, katta epidemiya va pandemiyalar beradi. yer yuzida vaboning **7 ta pandemiyasi** qayd etilgan. **I-pandemiya**-1816-1824 yillarda Evropada, **II-pandemiya**-1829-51yillarda Evropadan AQSH gacha tarqalgan, **III-pandemiya**-1852-1860 yillarda Qrim urushi hududida boshlanib, London va Angliyagaha tarqalgan. **IV-pandemiya**-1863-1875 gacha, **V-pandemiya**-1881-1896 yilgacha, **VI-pandemiya**-1899-1923 gacha, **VII-pandemiya**-1961-1975 yilgacha bo'lgan. Hozirgi tez yurar transport vositalari orqali vabo (engil turda kasallangan bemorlar va vibrion tashuvchilardan) qisqa muddatda juda uzoq mamlakatlarga tarqalishi mumkin. Jumladan, 1965 yilda Qoraqalpog'iston va Xorazmda ham vabo epidemiyasi kuzatilgan.

90 yillardan buyon vabo Amerika, Yevropa, Osiyo, Afrika qit'asidagi 100 dan ortiq mamlakatlarga kirib borgani qayd etilgan. O'zbekistonga ham sayyox-tijoratchilar vositasida vaboning Hindiston va Pokistondan kirib kelish xollari uchrab turadi.

Etiologiyasi. Vaboning qo'zg'atuvchisi vabo vibrioni xisoblanadi. Ilgari uni faqat klassik vibrion qo'zg'atadi deb xisoblanar edi. 1906 yilda Sinay yarim orolida Gotshlix vabo vibrionining ikkinchi biotipini aniqladi. Uni topilgan joy nomi bilan El'-Tor vibrioni deb ataladi. Vaboning VII pandemiyasi u bilan bog'liq. Keyingi 4-5 yil ichida vibrionning 0139 biotipi ham vabo kasalligi qo'zg'atuvchisi deb hisoblanmoqda. U juda tez tarqalish va ko'pincha og'ir kasallik qo'zg'atishi bilan ifodalanadi. Vabo vibrionlari O-antigenining xususiyatlariga qarab 3 xil zardob guruhi mavjud. Ular ixtiro qilgan olimlar sharafiga Ogava, Inaba va Gikoshima deb ataladi. Birinchi 2 varianti ko'proq uchraydi.

Vabo vibrioni mikroskop ostida biroz egilgan grammanfiy mayda tayoqchalar-vergul shaklida ko'rinadi. Spora va kapsulalar hosil qilmaydi. Bir uchida xivchini bor. Uning yordamida tez harakat qiladi. Ishqoriy muhitli ozuqalarda tez o'sadi. PH 7.6-9.0 bo'lgan muhit vabo vibrionlari uchun qulay hisoblanadi. Kislotali muhitda vabo vibrionlari tez nobud bo'ladi. Shu tufayli xlorid kislotaning 3% li eritmasini vaboda dezinfektsiyalovchi vosita sifatida qo'llash mumkin. Vabo vibrionlarining ekzo- va endotoksini mavjud.

Tashqi muhitda vabo vibrionlarining turg'unligi atrofidagi muhitga bog'liq. Quyosh nurlari ta'sirida va quritilganida vabo vibrionlari tez nobud bo'ladi. Qaynatilganida o'sha zaxoti o'ladi. Xlorli oxak, xloramin, lizol kabi dezinfeksiya vositalari ta'sirida tez o'ladi. Nam sharoitda, ayniqsa, suvda vabo vibrionlari juda uzoq saqlanadi. Past haroratga chidamli, xatto muzlagan suvda saqlanib qolishi mumkin. Tashqi muhitda El'-Tor vibrionlari klassik vibrionga nisbatan turgun hisoblanadi.

Epidemiologiyasi. Vabo antropoz xastalik xisoblanadi Infeksiya manbai bemor va vibrion tashuvchidir. Vibrion og'iz orqali tushib, najas bilan ajraladi. Vibrionning tarqalishida suv juda katta ahamiyatga ega. Ayniqsa, ochiq suv havzalari vabo vibrionlari bilan ifloslanganda, aholi undan kundalik maqsadlarda foydalanganida epidemiyalar kelib chiqadi. Vabo endemik o'chog'idan boshqa mamlakatlarga olib kirilgan holda, uning yangi joyda tarqalish darajasi ijtimoiy sharoit: aholining ichimlik suv va kanalizatsiya bilan ta'minlanish darajasi, turar joy va oziq-ovqat ob'ektlarining sanitarnya holati, axolining sanitariya madaniyati va boshqalarga bog'liq. Shu sababli Amerika, Yaponiya, ko'pgina Yevropa davlatlariga kirib qolgan vabo tarqalishi uchun sharoit bo'lmaydi va kasallik 1-2 odam bilan cheklanadi. Aksincha rivojlanayotgan mamlakatlarda chetdan kirib kelgan vabo tez tarqalib, epidemiyalar ro'y beradi.

O'zbekistonlik olimlarning ilmiy izlanishlari natijasida gidrobiontlar: baqa, qisqichbaqa, baliq, chig'anoqlar organizmida vabo vibrioni uzoq vaqt saqlanishi aniqlandi. Suv xasharotlarini xomligicha iste'mol qiladigan elatlar orasida vabo keng tarqalishi ko'pincha shu omil bilan bog'liq.

Kasallik asosan yoz oylarida tez tarqaladi. Vibrionlarni tarqalishida pashshalar ham muhim o'rin tutadi Xastalikdan so'ng unchalik turg'un bo'lmagan immunitet yuzaga keladi.

Klinikasi. Vabo vibrioni odam organizmiga og'iz orqali tushgach, me'daning kislotali muhiti unga asosiy to'siq xisoblanadi. Shu sababli vabo me'dasida surunkali yallig'lanishi bo'lgan, spirtli ichimliklarni ko'p iste'mol qiladigan, yaxshi ovqatlanmaydigan odamlarda oson kelib chiqadi. Me'dadan o'tib olgan vibrionlar ingichka ichakda qulay sharoit topadi va tez ko'payadi.

Kasallikning yashirin davri besh kungacha. U turli og'irlikda namoyon bo'lishi mumkin.

Vabo kasalligini ko'pincha ichak guruhi mikroblari qo'zg'otgan ichketar kasalligidan farqlash qiyin. Xastalik ko'p hollarda yengil va o'rtacha og'irlikda kechadi. Ba'zan og'ir kechadigan, zudlik bilan tez yordam ko'rsatilmagan hollarda

birinchi kunning o'zidayoq gipovolemik shok oqibatida o'lim bilan tugaydigan xollari ham uchrab turadi.

Odatda kasallik to'satdan, darak beruvchi alomatlarsiz boshlanadi. Lekin El'-Tor vabosida 20-30% bemorlarda kasallikka xos belgilar namoyon bo'lishidan oldin, bir necha soatdan bir kecha-kunduzgacha xastalik-ning prodromal davri belgilari: tana goh sovib (uvishib), goh qizishi ro'y berib, tana harorati 37-38°C ga ko'tariladi. Bunday hollarni bemorlar oyoq ustida o'tkazadilar.

Xastalikning bu turda boshlanishi e'tiborni jalb qilmaydi, lekin epidemiologik jihatdan o'ta xavflidir, ayniqsa kasallikning bu turda boshlanishi savdo va oziq-ovqat muassasalarida xizmat qiluvchi shaxslar o'rtasida bo'lganida ahvol yanada mushkullashadi.

Odatda, vabo kasalligi bemor hojatga borib, "sababsiz" ichi surib, oyoq-qo'llaridai darmon kamayishi bilan boshlanadi. Qisqa vaqt o'tar-o'tmas (2-4 soatda) hojatga qatnash 4-5 marta va undan xam ko'p bo'lib, ichakdan chiqariladigan axlat ipir-ipir, oq loyqa suv kabi bo'ladi.

Ko'proq hollarda kasallik boshlanganidan biroz keyin (4-6 soat, ayrim hollarda 1-2 kundan so'ng), ba'zan esa ich buzilish bilan bir vaqtda qusish boshlanadi. Qayd qilish ham tez-tez takrorlanib turadi. Qoraqalpog'iston, Afg'onistonda ro'y bergan epidemiyalarda 6% gacha bo'lgan bemorlarda vabo belgilari ich ketmasdan, avvalo faqat qusish bilan namoyon bo'lgan. Bunday atipik, qusish bilan boshlangan vabo, 2-4% bemorlarda bir necha soatlardan so'ng ich surish belgilari qo'shilib, tanada darmonsizlik, oyoq mushaklarining tirishib qolishi bilan rivojlanadi, bemor ahvoli og'irlasha boradi. Qusish va ich buzilishi oqibatida qisqa muddat ichida bemor organizmida degidratsiya ro'y beradi. Xastalikning og'ir yoki yengilligi degidratsiya darajasiga bog'liq. Shu sababli davolashda bu ahvol inobatga olinadi.

Degidratsiya 4 darajaga bo'linadi:

I-darajali degidratsiya qusish va ich surishi 4-5 martadan oshmaydi. Bemorning umumiy ahvoli 1-2 kun yomonlashadi. Bemor organizmi yo'qotgan suyuqlik tana vaznining 3 foizidan oshmaydi. Bunday holdagi bemorlar ba'zan, xattoki tibbiy yordam so'rab murojaat qilmaydilar. Ular epidemiologik jihatdan g'oyat xavfli hisoblanadilar.

II-darajali degidratsiyada ich surishi va qusish tez-tez takrorlanib, kuniga 15-20 martagacha borishi mumkin. Organizm suvsizlanishi sezilarli darajaga borib, bemor og'iz qurishi, tashnalik, holsizlik, bosh aylanishidan shikoyat qiladi. Teri qurisha boshlaydi. Qon bosimi pasayadi, Siydik ajralishi kamayib quyuqlashib ketadi. Ba'zan boldir muskullarida tirishish paydo bo'ladi, Organizm yo'qotgan suyuqlik

tana vaznining 4-6 foiziga yetadi. Vaqtida davolanmasa, bemor og'irlashib qolishi mumkin.

III-darajali dehidratasiya ro'y berishi dastlabki soatlardan oq ichning surilishi va qusish juda tez qaytalanib turganida kuzatiladi. Bunda qisqa muddat ichida bemor organizmi juda ko'p elektrolitlar (Na, K, Cl) va suyuqlik yo'qotadi. Shu davrda organizmdan chiqib ketgan suyuqlik xajmi tana vaznining 7-9 foizigacha borib qoladi. Bemorning tashnalik qiynaydi, teri burmalari uzoq vaqt yozilmaydi, ovozi zo'rg'a eshitiladi. Qon bosimi sezilarli darajada pasayadi. Yuz, qo'l va oyoq muskullarida kuchli og'riq beradigan tirishish kuzatiladi. Siydik g'oyat kam ajraladi. Qon quyulasha boshlaydi, undagi kaliy va xlor miqdori kamayib ketadi, natriy miqdori esa ortadi.

IV-darajali dehidratasiya organizmda suv yo'qotishning eng yuqori darajasi hisoblanib, yo'qotilgan suv tana vaznining 10 foizdan va undan ortig'ini tashkil etganida kuzatiladi. Ba'zan kasallik dastlabki soatlardan oq shiddatli boshlanadi. To'xtovsiz ich ketishi va qusish natijasida 8-10 soat davomidayoq bemor g'oyat suvsizlanib qoladi.



11-rasm. Botayotgan quyosh simptomi

IV-darajali dehidratasiya holatidagi bemorlar o'z vaqtida suyuqlik yuborib davolanmagan hollarda ham, bunday og'ir holat yuzaga kelishi mumkin. Bu davrda suvsizlanish oqibatida qon quyulashadi, yurak-qon tomirlari faoliyati keskin buziladi, qusish va ich ketishi esa to'xtab ham qoladi. Bemorning qo'l-oyoqlari, so'ngra tanasi soviy boshlaydi, tana harorati 35°Cgacha tushishi mumkin, teri ko'kimtir-tuproq rangida bo'ladi, burishib qoladi. Tomir urishi va qon bosimini aniqlab bo'lmaydi. Yuz, ko'z, lab atrofi ko'karib ketadi. Tananing deyarli barcha muskullarida uzoq davom etadigan tirishish va kuchli og'riq kuzatiladi. Nafas olish susayib chuqurlashadi (Cheyn-Stoks). Siydik ajralishi to'xtab qoladi. Qondagi eritrosit va leykositlar soni ko'payadi.

Tashhisi. Qanday ko'rinishda

o'tishidan qat'iy nazar, vabo deb qo'yiladigan dastlabki tashxis bakteriologik tasdiqlangan bo'lishi kerak. Tashxis qo'yish maqsadida bemor qusuq massasi, najasidan olib 1% li peptonli suvga ekiladi. Ich ketishi va qusish tez takrorlanib turganda ketma-ket 3 ta ekma olinadi. Ekma olinganidan keyin bemorga antibiotik berish mumkin. Olingan ekma 6 soat ichida laboratoriyaga yetkazilishi shart. Vabo vibrioni topilgan hollarda laboratoriya taxlili 24 soat ichida dastlabki natijani beradi, Yakuniy xulosa 48 soatdan so'ng aniqlanadi.



12-rasm. Suvsizlanish IV-daraja

Vabo kasalligiga tashxis qo'yilayotganida epidanamnezning ahamiyati katta. Ayniqsa me'da-ichak kasalliklari bilan og'rigan boshqa bemorlar bilan, vabo tarqalgan joydan kelib qolgan odamlar bilan muloqotda bo'lgani yoki bemorning o'zi keyingi 5 kun ichida shunday epidemik xavfli joylarga borib kelganini aniqlash zarur.

Diagnostika maqsadida bemordan qon olib, vibriosid antitelalar titri ham tekshiriladi. U 2 marta o'tkaziladi. Kasallikning 5-6 kunida va oradan 10 kun oralatib qon olinadi.

Suni ham aytib o'tish kerakki, ayniqsa yoz faslida vabo kasalligi bilan og'rigan bemorda bir vaqtning o'zida ichburug', salmonellez va boshqa me'da-ichak yuqumli kasalliklari avj olishi mumkin. Bunday bemorlarda vabo belgilari tana haroratining 38-39°C ga ko'tarilishi, qorin bo'shlig'ida vaqti-vaqti bilan og'riq bo'lishi, ichak chiqindig'ida shilliq, qon borligi bilan davom etadi. Shunday bemorlarning ichak chiqindilarini vabo vibrionlariga hamda ichak guruxi (dizenteriyaga, salmonellezga va boshqa) mikroblariga tekshirish zarur.

Davolash. Vabo kasalligi bilan og'rigan bemorni davolash usullari quyidagilardan iborat:

1. Davolashni imkon boricha erta boshlash kerak. Buning uchun xar bir shifokor yoz faslida me'da-ichak kasalligi tufayli murojaat qilgan bemorni qabul qilayotganida vabo kasalligi bo'lishi mumkinligini yodda tutish, uning asosiy alomatlarini bilishi

kerak. Kasallikka biroz bo'lsa ham shubha tug'ilganida, bemorni shifoxonada alohida yotqizish zarur. Vabodan tashqari yengil kechayotgan ichketar kasalligida bemorga 4-6 soat davomida oral regidratasiya punktlarida og'izdan regidron, ORSA va boshqa eritmalardan ichirib, ahvoli yengillashsa, uyiga yuborish mumkin. Bunday bemordan bir marta vaboga tekshirish uchun ekma olish kerak. Maxalla shifokori uyga qaytarilgan bemor holidan xabardor bo'lib turishi lozim.

2.Davolashning asosi-organizm yo'qotgan tuz va suv o'rnini qoplash. Kasallik yengil kechganida, ba'zan o'rtacha og'irlikda kechayotgan hollarida ham og'izdan regidron eritmasi ichirib turish zarur. Uni xar 3-5 minutda osh qoshig'ida (bolalarga choy qoshig'ida) ichiriladi. Ichiriladigan suyuqlikning umumiy xajmi bemor yo'qotgan suyuqlik miqdoriga qarab belgilanadi. Uni aniqlashning iloji bo'lmasa, qo'yidagi jadvaldan foydalaniladi (1-jadval).

Boshqa hollarda bemorning kg hisobida taxminiy vazni 75 ga ko'paytirilsa, ml hisobida ichirilishi lozim bo'lgan suyuqlik miqdori topiladi.

3.Bemor organizmning suvsizlanishi yaqqol ifodalangan (ayniqsa III-IV darajali degidratasiyada) regidratasiya tomir orqali suyuqlik yuborish yuli bilan boshlanadi. Buning uchun trisol, atsesol, kvartasol, xlosol kabi zavod sharoitida tayyorlangan eritmalar zahirasi oldindan tayyorlanib qo'yilishi kerak. Bu eritmalar ilitilgan holda tomir orqali tezlik bilan (1-2 soat ichida) jildiratib yuborilishi zarur.

2-jadval.

Og'izdan 4-6 soat ichida ichiriladigan suv-tuzli eritmaning taxminiy hajmi.

Bemorning yoshi	4 oygacha	4-11 oylik	12-23 oylik	2-4 yosh	5-14 yosh	15kg va undan yuqori
Bemorning vazni	5kg gacha	5-7.9 kg	8-10.9 kg	11-15.9 kg	16-29.9 kg	20kg.va undan ortiq
Ichiriladigan suyuqlik miqdori(ml)	200-400	400-600	600-800	800-1200	1200-2200	2200-4000

Bunda dastlabki soatlarda yuboriladigan suyuqlik miqdori 5-6 litrgacha boradi. Shuning uchun og'ir holdagi bemorni davolashda infeksiyalar bilan yonma-yon reanimatolog ham ishtirok etib, o'mrov osti sohasida veneseksiya qilib, ular orqali ham suyuqlik yuboriladi. Bemorning tomir urishi paydo bo'lishi, qon bosimi aniqlana boshlashi, nafas olishi ravonlashishi ahvoli yaxshilana boshlaganidan darak beradi.

Shu vaqtdan boshlab qo‘shimcha ravishda og‘iz orqali ham suyuqlik bera boshlanadi. Davolashning ikkinchi bosqichida tomir orqali yuboriladigan suyuqliklar miqdori kamaytirilib, bemor yo‘qotayotgan suyuqlik hajmiga monand ravishda olib boriladi.

4. Antibiotiklar bilan davolash bemordan topilgan vabo vibrionlarining qaysi antibiotikka sezgir ekanligani e‘tiborga olib belgilanadi. Ilgaridan respublikamizda uchrab turadigan vibrionlar tetrasiklinga sezgirligini saqlab qolgan. Bunday holda tetrasiklin 300000 TB dan kuniga 4 mahal 5 kun davomida beriladi. Keyingi yillarda tarqala boshlagan vabo vibrionlari tetratsiklin va levomisetinga sezgir emas. Bunday shtammlar qo‘zg‘otgan kasalliklarni davolashda ularga ta‘sir etadigan, xinolon guruhiga mansub antibiotiklar yaxshi naf baradi. Ular floksasinlar: sipofloksasin-sifloks, ofloksasin-tarivid, pefloksasin-abaktal preparatlari. Bu antibiotiklar katta yoshdagilarga 2 ta tabletka (500 mg) dan kuniga 2 marta 5 kun davomida beriladi. Bu preparatlar bo‘lmay qolganida ampisillin 2 tabletka (0.5 g) dan kuniga 4 marta 5 kun davomida ichiriladi.

5. Bemor tuzala boshlagan davrda to‘yimli, oson xazm bo‘ladigan ovqatlar beriladi. Bu davrda qondagi kaliy miqdorini bir maromda ushlab turish maqsadida kaliy orotat yoki panangin tabletkalaridan 4-5 kun berib turish lozim.

Davolash to‘g‘ri tashkil etilsa, 2-3 kundayoq bemor ahvoli yaxshilanadi. Unga shifoxonadan to‘la sog‘ayganidan so‘ng ruxsat beriladi. Bu orada antibiotik ichishni tugatganidan keyin bir kun oralatib, ikki kun ketma-ket olingan ekmada vabo vibrionlari bo‘lmasligi kerak.

Profilaktikasi. Vabo o‘ta xavfli infeksiyalar guruhiga mansub bo‘lgani uchun xalqaro axdnoma (konvensiya) ga asosan xar bir davlat o‘z sarxadlarini vaboning chetdan kirib kelishidan asrash choralari ko‘radi. Halqaro aeroport, temir yo‘l, daryo va avtoyo‘l yo‘llaridagi chegara bekatlarida sanitariya-nazorat punktlari (SNP) tashkil etiladi. Unda tibbiyot xodimlari tunu-kun navbatchilik qiladilar. Vabo doimo qayd etiladigan mamlakatlardan kelayotgan yo‘lovchilardan shu kasallikning alomatlari bor-yo‘qligi surishtiriladi. Bemor yoki kasallikka shubha qilinganlar topilsa, SNP qoshidagi alohidalash xonasiga yotqizib (lozim bo‘lsa tibbiy yordam ko‘rsatib) turiladi, Keyin bemor maxsus sanitariya (epiditashuvchi) transporti bilan yuqumli kasalliklar shifoxonasidagi alohida ajratilgan bo‘limga yotqizilib, 5 kun tibbiy kuzatuvda bo‘ladi. Bu davrda bemordan 3 marta vabo vibrioniga va ichak guruhi mikroblariga najas ekmasi olinadi. Shundan so‘ng 5 kun tetrasiklin beriladi. Kasallik alomatlariga qarab boshqa dori-darmonlar ham qo‘llanadi.

Kasallik alomatlari bo‘lmagan, lekin chet elda safar vaqtida vabo kasalligi yuqish extimoli yuqori bo‘lgan (ayniqsa, tijoratchi-sayyoh) lar SNP da ro‘yxatga olinadi va ular haqida SEOM ga telefon orqali xabar qilinadi. Bunday fuqaro turar

joyidagi poliklinika xizmatchilari tomonidan 5 kungacha uyida tibbiy kuzatuv ostida bo'ladi.

SNP larda o'rnatilgan shunday nazorat vositasida chetdan kirib kelgan vaboning mamlakat ichida tarqalishiga yo'l qo'yilmaydi.

Respublikada xar bir viloyat, tuman (shahar) vaboning oldini olish va u qayd qilingan taqdirda o'tkaziladigan tadbirlar majmuasini oldindan belgilab qo'yadi. U epidemiyaga qarshi Favqulodda komissiya (EQFK) yig'ilishida muhokama qilinib, xokimiyatlar tomonidan tasdiqlanadi. Bu tadbirlarda aholini ichimlik suv bilan ta'minlash, turar joylarning sanitariya holatini yaxshilash masalalariga katta e'tibor beriladi. Ularni amalga oshirish uchun mahalliy ma'muriyat masul xisoblanadi. Shuningdek, tibbiy tadbirlar, aniqlangan bemor qaerga yotqizilishi, u bilan muloqotda bo'lganlar qaysi bo'limda tibbiy kuzatuvga olinishi oldindan belgilanadi. Bu bo'limlarda qaysi tibbiyot xodimlari ishlashi ham aniqlangan bo'ladi. Dori-darmon, laboratoriya anjomlari, ozuqa muhitlari zahirasi tayyorlab qo'yiladi.

Kasallik yoki vaboga shubha qilingan bemor aniqlanganida, u darhol alohidalanadi. SEOM epidemiologi bemor bilan suhbatlashib, kasallik qaysi yo'sinda yuqqanligini aniqlashga harakat qiladi. Chet ellarga borib kelgani ham surishtiriladi. Bemor bilan xonadonda va ish joyida bevosita muloqotda bo'lganlar ro'yxati tuziladi. Zarurat bo'lsa, ular ham alohidalanadi. Boshqa hollarda 5 kun uyida tibbiy nazorat o'rnatish mumkin. Bunda xar kuni bemorda kasallik alomatlari bor-yo'qligi aniqlab boriladi. Bir marta najasi vaboga tekshiriladi. Ularga 5 kun tetrasiklin beriladi.

Biror joyda vabo aniqlansa, darhol EQFK yig'ilishi chaqiriladi. U vabo chiqqan joyni kasallik o'chog'i deb e'lon qiladi Ichi buzilgan bemorlarni erta aniqlab, tekshirish va davolash maqsadida hovlima-hovli yurib, bemor bor-yo'qligi surishtiriladi. Aniqlangan bemor darhol shifoxonaga yuboriladi.

Yoz oylarida ichketar kasalligi bilan shifoxonaga yotqizilgan barcha bemorlar bir marta vaboga ham tekshiriladi.

Hozirgi vaqtda vabo kasalligi o'chog'ida karantin e'lon qilinmaydi.

Testlar.

1.Vabo uchun asosiy klinik simptomlar.

- A. Ahamiyatsiz xaroratning ko'tarilishi, axlat rangsiz suvdek, ustida ko'piklar qalqib turishi.
- B. Xarorat ko'tarilishi, ko'p qusish , axlat to'q yashil rangda bo'lishi.
- V. Xarorat ko'tarilishi, tilning karash bilan qoplanganligi, qorindagt og'riq.
- G. Xaroratninig ko'tarilishi , qorindagi og'riq, yuzning giperemiyasi.

2. Vaboning diagnostikasida qaysi tekshirish usuli ahamiyatli.

- A. Qonda virusni aniqlash.
- B. Klinik tekshirish.
- V. Axlatni, qusiq massasini bakteriologik tekshirish.
- G. Bioximik tekshirish.

3. Vaboda ingichka ichakda patomorfologik o'zgarishlarni ko'rsating.

- A. Kataral eksudativ enterit
- B. Kataral enterit
- V. Yarali nekrotik enterit
- G. Seroz-gemoragik enterit

4. Vaboning atipik formasiga quyidagilarni qaysi biri kirmaydi?

- A. Quruq
- B. Yashirin
- V. Subklinik
- G. Gipertonik

5. Vabo bilan og'rigan bemor qancha vaqt dispanser nazorati ostida bo'ladi?

- A. 1 yil
- B. 3 yil
- V. 4 yil
- G. 2 oy

6. Vabo bilan kasallangan bemor dispanser kuzatuvda birinchi oyda qancha vaqtda axlat analizini o'tkazishi kerak?

- A. Har kuni
- B. Har 10 kunda
- V. Oyda 2 marta
- G. Oyda 1 marta

7. Vabo bilan og'rigan bemor qanday tekshiruv natijasiga qarab uyiga javob beriladi?

- A. 3 porsiyali o't taxlili.
- B. Umumiy axlat taxlili.
- V. Umumiy siydik taxlili.
- G. Umumiy qon taxlili.

8. Vabo bilan og'riq bemorni dispanser kuzatuvidan chiqarishda qaysi mutaxassis qatnashishi shart emas?

- A. Epidemiolog
- B. Oilaviy shifokor
- V. Pediatr
- G. Poliklinika bosh vrachi

9. Vaboni atipik formasini ko'rsating.

- A. O'ta og'ir.
- B. O'rta og'ir.
- V. Quruq.
- G. Engil

10. Vabo kasalligini tashxislashda quyidagi mahsulotlarning eng kam foydaliligini ko'rsating:

- A. Qon
- B. Suv
- V. Qusiq modda
- G. Axlat

Vaziyatli masalalar.

1 masala.

Bemor 10 yosh, 3 kun avval kechasi birdan betob bo'lgan. Kech soat 22 da qornida og'riq paydo bo'lib, qayt qilgan va ichi o'tgan. Bir sutka davomida bu holat 3 marotabaga ko'paygan, ichi ko'p miqdorda 10 martadan ortiq kelgan.

Bemorning umumiy holati og'ir. Bola onasining shikoyati behollik, qayt qilish, ichning suyuq kelishi, chanqash. Bola ota-onasi bilan 20 kun avval chetda yashab kelishgan. Bolaning axvoli yomonlashmoqda, qorni tortilgan, talvasalar kuzatilmogda. Najasi guruch suviga o'hshaydi.

1. Tashhisingiz.
2. Oilaviy shifokor taktikasi.

2 masala.

Bemor bola 12 yoshli onasi bilan birga shifoxonaga murojaat qilgan. Shikoyati: behollik, qayt qilish va xushdan ketish. Umumiy ahvoli o'ta og'ir. Terisi quruqshagan, ko'z olmasi atrofi qoraygan "qora ko'zoynak"simptomi Og'iz shilliq qavati quruq, afoniya, lab uchburchagi ko'kimgir, nafas oshishi tez-tez, puls ipsimon, QB aniqlanmayapti. Qon tahlili: Hb 150 g/l, Er $5 \times 10^{12}/l$, L $10,4 \times 10^9/l$, SOE 14 mm v ch.

1. Tashhisingiz.
2. Vrach taktikasi.

Nazorat savollar.

1. Etti ta pandemiyaning qachon va qaerda bo'lganini.
2. Vabo qo'zg'atuvchisini asosiy xususiyatlarini.
3. Vaboning epidemiologik jihatdan o'ziga xosligini.
4. Vaboning patogenezi va patomorfologiyasini.
5. Vaboda eksikoz darajasini baholashni.
6. Vaboning klinik tasnifini.
7. Vabo tashxisotida laborator usullarni.
8. Vaboning qiyosiy tashxisotini.
9. Vaboni davolash tamoyillarini.
10. Suvsizlanish darajasini belgilashni.
11. Shaxsiy profilaktika, maxsus kiyimni kiyib yechish texnikasini.
12. Vaboni oldini olish chora tadbirlari.
13. Vabo aniqlanganda shifokor taktikasi.

FOYDALANILGAN ASOSIY ADABIYOTLAR

Asosiy adabiyotlar:

1. Закирходжаев А.Х. Детские инфекционные болезни. Т., 2008 г.
2. Zokirxo'jaev A.X. Bolalar yuqumli kasalliklari. T., 2008y.
3. Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни у детей. М., 1998г.

Qo'shimcha adabiyotlar:

1. Богадельников И.В. Дифференциальный диагноз важнейших инфекционных болезней у детей. 2002 г.
2. Букринская А.Г. и др. Ротавирусная инфекция. Москва. 1989г.
3. Володина, Фадеева. Типовые тестовые вопросы и ответы о педиатрии. М.1998г.
4. Гусель Н А . Маркова И.В.. Справочник педиатра по клинической фармакологии. М . 1997г.
5. Даминов Т.А., Туйчиев Л.Н., Таджиева У.Н. "Инфекционные болезни в деятельности ВОП". Т. 2007 г.
6. Зубик. Т.М. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. Ленинград. 1991 г.
7. Казанцев А.Г.. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней и др. Москва. 1999г.
8. Лужников Г.Л. Неотложные состояния при остром отравлении 2001г
615.9.Л-83
9. Лужников. Е.Ф. Детоксикационная терапия. Руководство, шифр 2001г.
615;9 Л83.
10. Maxmudov O.S. Bolalarning yuqumli kasalliklari. T. 1995y.
11. Мейер Г.Г., Мусабаев Э.И. Учебное пособие по диарейным заболеваниям и вирусным гепатитам. Т., 2000 г.
12. Maxmudov O.S.. Bolalarda salmonellez kasalligi. Toshkent. 1995y. 37.
13. Maxmudov O.S. Bolalarda dizenteriya kasalligi. Toshkent. Fan.'2003. 157 б.
14. Медицинский журнал Узбекистана. (2001 - 2011 гг.)
15. Соринсон С.Н. Неотложные состояния инфекционных больных Л .1990г.
16. Тимченко В.Н., Леванович В.В., Михайлов И.Б. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций. СПб., 2005г.
17. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. Изд. ГЭОТАР, Медицина. 1998г.
18. Шлосберг Д., Шульман И.А. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. М., СПб.: Бином: Невский диалект, 2000.

Yuqumli kasalliklar bo'yicha Internet saytlari:

<http://www.ziyonet.uz/> <http://www.primer.ru/> <http://www.medline.com/> <http://www.medline.com/>

O‘quv qo‘llanma

Mulladjanova Kimyoxon Axatovna

BOLALARDA O‘TKIR ICHAK YUQUMLI KASALLIKLARI

Muharrir: Abdurahimov A.

Korrektor va dizayn: Nazirjonov O.

Tasdiqnoma № 3693-615f-9ccc-0187-7582-2706-6992, 31.10.2020.

Format 60x84/16. Garnitura Times New Roman.

Muqova uchun rasm manbasi <https://imageio.forbes.com/specials-images/imageserve/494386257/Diarrhea-is-a-common-symptom-in-children-who-test-positive-for-Covid-19-and/0x0.jpg?fit=crop&format=jpg&crop=4242,2828,x960,y1005,safe>

Shartli b.t. 6.98. Adadi 10 dona. Buyurtma №100.

«RE-HEALTH» nashriyotida tayyorlandi va chop etildi.

170127, Andijon, Yu. Otabekov ko‘chasi, 1-uy.

Telefon: +998941010091

e-mail: re-health@mail.ru

<http://re-health.uz>

0337

