

**Ergasheva M.Y.
Rabbimova N.T.
Mustaeva G.B.
Matyakubova F.E.**

NEYROINFEKSIYALAR

O'quv qo'llanma

**UZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

**Ergasheva M.Y., Rabbimova N.T.,
Mustaeva G.B., Matyakubova F.E**



NEYROINFEKSIYALAR

*Samarkand davlat tibbiyot universiteti pediatriya, davolash, tibbiy pedagogika, tibbiy profilaktika
va stomatologiya fakulteti talabalariga "Yuqumli kasalliklar" fanidan amaliy
mashg'ulotlar uchun mo'ljallangan*

O'quv qo'llanma



UO'K 616.8(075.8)

KBK 56.1ya73

N 41

Ergasheva M.Y., Rabbimova N.T., Mustaeva G.B., Matyakubova F.E
Neyroinfeksiyalar [Matn]: o'quv qo'llanma / M.Y. Ergasheva, N.T. Rabbimova,
G.B. Mustaeva, F.E. Matyakubova.-Toshkent: Samarqand, 2023.-120 b

Tuzuvchilar:

Ergasheva M.Y. - Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
yuqumli kasalliklar kafedrası assistenti, PhD.

Rabbimova N.T. - Samarqand davlat tibbiyot universiteti, yuqumli
kasalliklar kafedrası assistenti.

Mustaeva G.B. - Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
yuqumli kasalliklar kafedrası assistenti.

Matyakubova F.E. - Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
yuqumli kasalliklar kafedrası assistenti

Taqrizchilar:

Kamilov F.X. - TashPMI yuqumli kasalliklar, bolalar yuqumli
kasalliklari, epidemiologiya, ftiziatriya va pulmonologiya kafedrası dotsenti,
t.f.d.

Orziqulov A.O. - SamDTU yuqumli kasalliklar, epidemiologiya va
dermatovenerologiya kafedrası assistenti, t.f.n.

*Ushbu o'quv qo'llanmada neyroinfeksiyalar etiologiyasi, epidemiologiyasi,
patogenezi, klinik kechishi va diagnostik usullari to'g'risidagi ma'lumotlar batafsil
yoritilgan. Boshqa infeksiyon va noinfeksiyon kasalliklar bilan qiyosiy tashxisi ko'rsatib
o'tilgan. Shuningdek, o'quv qo'llanmada neyroinfeksiyalarning davolash usullariga va
oldini olish chora tadbirlariga ham keng to'xtalib o'tilgan. O'quv qo'llanma amaliy
xarakterga ega bo'lib, tibbiyot instituti talabalariga mavzu yuzasidan yuzaga kelgan
savollarga oydinlik kiritishga yordam beradi. O'quv qo'llanma tibbiyot universiteti
pediatriya, davolash, tibbiy pedagogika, tibbiy profilaktika, stomatologiya fakulteti
talabalari uchun amaliy mashg'ulotlar va mustaqil tayyorlanish uchun mo'ljallangan.*

ISBN 978-9943-8783-2-7

MUNDARIJA

Qisqartmalar	4
Kirish	5
Meningokokkli infeksiya	9
Gemofilli meningit.....	27
Pnevmonokokkli meningit	32
Stafilokokkli meningit	47
Esherixiozli meningit.....	64
Salmonellyozli meningit.....	65
Listeriozli meningit.....	65
Sil meningiti	66
Brutsellyozli meningit.....	72
Enterovirusli meningit.....	74
Parotitli meningit.....	78
Leptospirozli meningit.....	82
Iersiniozli meningit.....	87
Adenovirusli serozli meningitlar	91
Yapon chivini ensefaliti.....	92
Ekonomoletargik ensefaliti.....	94
Kana ensefaliti.....	97
Grippda kuzatiladigan ensefalit.....	101
Gerpetik ensefalit.....	103
Ekzantemali kasalliklarda ensefalitlar	105
Turli xil meningitlarning differensial-diagnostik belgilari.....	108
Foydalanilgan adabiyotlar	119

QISQARTMALAR

AQSh	Amerika qo'shma shtatlari
AQB	arterial qon bosimi
BGAR	bilvosita gemagglyutinatsiya reaksiyasi
BTsJ	tuberkulyozga qarshi vaksina
VIEF	metod vstrechnogo immunoelektroforeza
GOMK	natriy oksibutirat
GM	gemofilli meningit
GET	gematoensefalitik to'siq
JSST	jahon sohliqni saqlash tashkiloti
YBM	yiringli bakterial meningit
IFA	immunoferment analizi
IEF	immunoelektroforez
ITSh	infeksion toksik shok
KBR	komplementni bog'lash reaksiyasi
MNS	markaziy nerv sistemasi
OIV	odam immunotanqis virusi
PZR	polimeraza zanjir reaksiyasi
PKV 10	pnevkokk vaksina
RPGA	reaksiya passivnoy gemagglyutinatsii
RIF	reaksiya immunoflyuoressentsii
SES	sanitariya epidemiologiya stantsiyasi
TGAR	to'g'ri gemagglyutinatsiya reaksiyasi
TQI	tarqoq qon ivishi
OMS	orqa miya suyuqligi
EChT	eritrotsitlar cho'kish tezligi
EGAR	egri gemagglyutinatsiya reaksiyasi
XB	xalqaro birlik
YuQS	yurak qon sistemasi
YuNISEF	birlashgan millatlar tashkilotining bolalar

jamg'armasi

KIRISH

Yiringli bakterial meningit (YBM)lar neyroinfeksiyalar tarkibida yetakchi o'rinlardan birini egallaydi. Yuqumli kasalliklar tufayli o'lim sabablari orasida YBM birinchi o'ntaliklar orasida yetakchi o'rinda turadi. Murakkab etiopatogenetik davolashda sezilarli yutuqlarga qaramay, so'nggi yarim asr ichida o'lim ko'rsatkichi yuqori darajada saqlanib qolmoqda (pnevmonokokk meningit 15-50% gacha, meningokokk infeksiyasi 5-15% gacha, gemofil meningit 5-20% gacha). YBMning og'ir kechishini keltirib chiqaradigan omillar quyidagilardir: bemorni kech kasalxonaga yotqizish (2 kundan kechikkan), pregospital bosqichda kechiktirilgan klinik tashxis, so'ngra ixtisoslashgan bo'limlarga kech kasalxonaga yotqizish, ahvoli og'irligini yetarlicha baholamaslik va boshlang'ich davrda yetarli darajada davolamaslik, kasallikni kech etiologik talqin qilish. Barcha bosqichlarda etiotrop terapiyaning kech va noto'g'ri baholanib, keyinchalik antibiotikni asossiz almashtirish, noto'g'ri ixtisoslashgan bo'limlarda intensiv terapiya va reanimatsiya bo'limlariga kechiktirilib murojaat qilinishi. Ushbu holatlar uchun davolashda doimiy ravishda ishlatiladigan patogenlarning antibiotiklarga nisbatan qarshiligi oshganini, shuningdek patogenning ushbu shtammiga sezgir bo'lgan dorilar bilan davolashda ta'sir etmasligini esga olish kerak. Ushbu o'quv qo'llanmaning mazmuni talabalarga YBMni erta tashxislash bo'yicha bilimlarini kengaytirishga imkon beradi, va bu bemorni o'z vaqtida kasalxonaga yotqizishga ta'sir qiladi va kasallikning rivojlanishiga ta'sir qiluvchi bir qator sabablardan qochadi. Bakterial meningit va meningoensefalit - bu turli xil patogenlar keltirib chiqaradigan yuqumli kasalliklar, bosh va orqa miya pardalarining yiringli yoki serozli (meningit), ba'zida miya to'qimalarining (ensefalit) yallig'lanishi bilan ifodalanadi. Bakterial meningit va meningoensefalit birlamchi va ikkilamchiga bo'linadi. Birlamchi meningit va meningoensefalit (meningokokkli, pnevmokokkli, tuberkulyozli) shaklida mustaqil kasallik sifatida

rivojlanadi. Ikkilamchi - meningit va meningoensefalit bu, ular asosiy kasallik yoki boshqa a'zolar va to'qimalarda yiringli-yallig'lanish jarayoni fonida asorat sifatida rivojlanadi. Meningitning sindromal yoki etiologik jihatdan ajratilmagan tashxisi quyidagi klinik va patogenetik sindromlar asosida qo'yiladi: meningeal (pardali); yuqumli kasalliklar sindromlari; va orqa miya suyuqligidagi o'zgarishlar asosida qo'yiladi. Meningeal sindrom umumiy miya va xususiy meningeal simptomlaridan iborat. Umumiy miya simptomlariga qattiq, qiynokli bosh og'rig'i, ko'ngil aynimasdan, yengillik keltirmaydigan qayt qilish; og'ir holatlarda psixomotor qo'zg'alish, alahlash, gallyutsinatsiya, tirishish, vaqti-vaqti bilan kuchli darmonsizlik va xushning buzilishi (karaxtlik, sopor, koma).

Xususiy meningeal simptomlarni 4 guruhga ajratish mumkin.

1chi guruhga umumiy giperesteziya-sezgi a'zolarida ta'sirlanuvchilarga sezuvchanlikni oshishi-yorug'likdan qo'rqish (fotofobiya), tovushga (giperakuziya), taktil.

Meningeal simptomlarining 2-guruhiga mushaklarning tonik tarangligi kiradi. Ulardan eng muhimlari quyidagilardir:

*ensa mushaklarining tarangligi (bemorning boshini ko'kragiga keltirish qiyinligi),

*erta yoshli bolalarda turish simptomi (ensa mushaklar tarangligi simptomlarini tekshirayotganda bola osongina vertikal holatga o'tadi, ensa sohasi bilan qo'l kaftlariga tayanadi, keyin yaqqol ifodalangan bo'yin mushaklarining, tanasining, oyoqlarining rigidligi natijasida tovoniga tayanib va oyoq kaftlari bilan, karavotga tiraydi).

*Kernig alomati (tizzaga va son bo'g'imlariga bukilgan oyoqlarni tizzaga bo'g'imida yozishni qiyinligi va og'riq reaksiyasi,).

*Brudzinskiy alomatlari-yuqori (ensa mushaklarining tarangligi, ya'ni bemorning boshini egishga urinilganda oyoqlarning tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukilishi); o'rta (qov sohasida bosilganda-oyoqlarining tizza-son bo'g'implarda bukilishi); pastki

(bir oyog'ini tizza-son bo'g'imiga bukib qoringa yaqinlashtirsak 2chi oyoq tizza-son bo'g'imiga bukiladi).

*Orqa uzun mushaklarning tarangligi bemorning oldinga egganda, egilmasligi kuzatiladi.

Meningitning og'ir kechishida bemor yonboshda, boshi orqaga, oyoqlari tizza-son bo'g'imlariga yarim bukilgan holatda bo'ladi ("yotgan it" holati).

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda va go'daklarda "Lessaj" (osilib turish) simptomi aniqlanadi. Bunda bolani qo'ltiq ostidan ko'targanda oyoqlarini tizza bo'g'imida bukib, qorin sohasiga tortadi va bu holatda uzoq vaqt turishi mumkin (sog'lom bolada oyoqlari erkin harakatlanadi).

Bolalarda katta liqildoqning bo'rtishi, shuningdek, monoton yig'i ham kuzatilishi mumkin.

Meningeal simptomlarni aniqlaganda ularni miozit, radikulit va boshqalar tufayli soxta mushaklarning tarangligidan farqlash kerak. Bunday hollarda simptomni metodik jihatdan to'g'ri aniqlash juda muhimdir: boshning oldinga sekin va silliq egish bilan, shifokor tomonidan sezilarli harakatlarsiz, bo'yin mushaklarining qattiqligi qayd etilmaydi va ushbu kasalliklarga meningitga xos belgilar bo'lmaydi.

Meningeal simptomlarining 3-guruhiga reaktiv og'riqli fenomenlar kiradi: ko'zning yopgan holatda ko'z olmasini bosganda og'riq (Mondanezi simptomi), yuzdagi uch shoxli nerv chiqadigan nuqtalarda va katta ensa nervlar chiqadigan joylarda (Kerer nuqtalari); tashqi eshitish eshigining old devorida bosganda (Mendel simptomi) og'riq kuzatiladi; yonoq ravog'i (Bexterev simptomi) va bosh suyagi perkussiyasi (Pulatov simptomi) paytida bosh og'rig'i kuchayadi va bemorni yuzida o'zgarish kuzatiladi. 4chi guruh meningeal simptomlarga qorin, periostal va pay reflekslardagi o'zgarishlarni ko'rsatish mumkin: Oldin ularni jonlanishi, keyin pasayishi. Ko'rsatilgan belgilar har doim ham to'liq aniqlanmaydi,

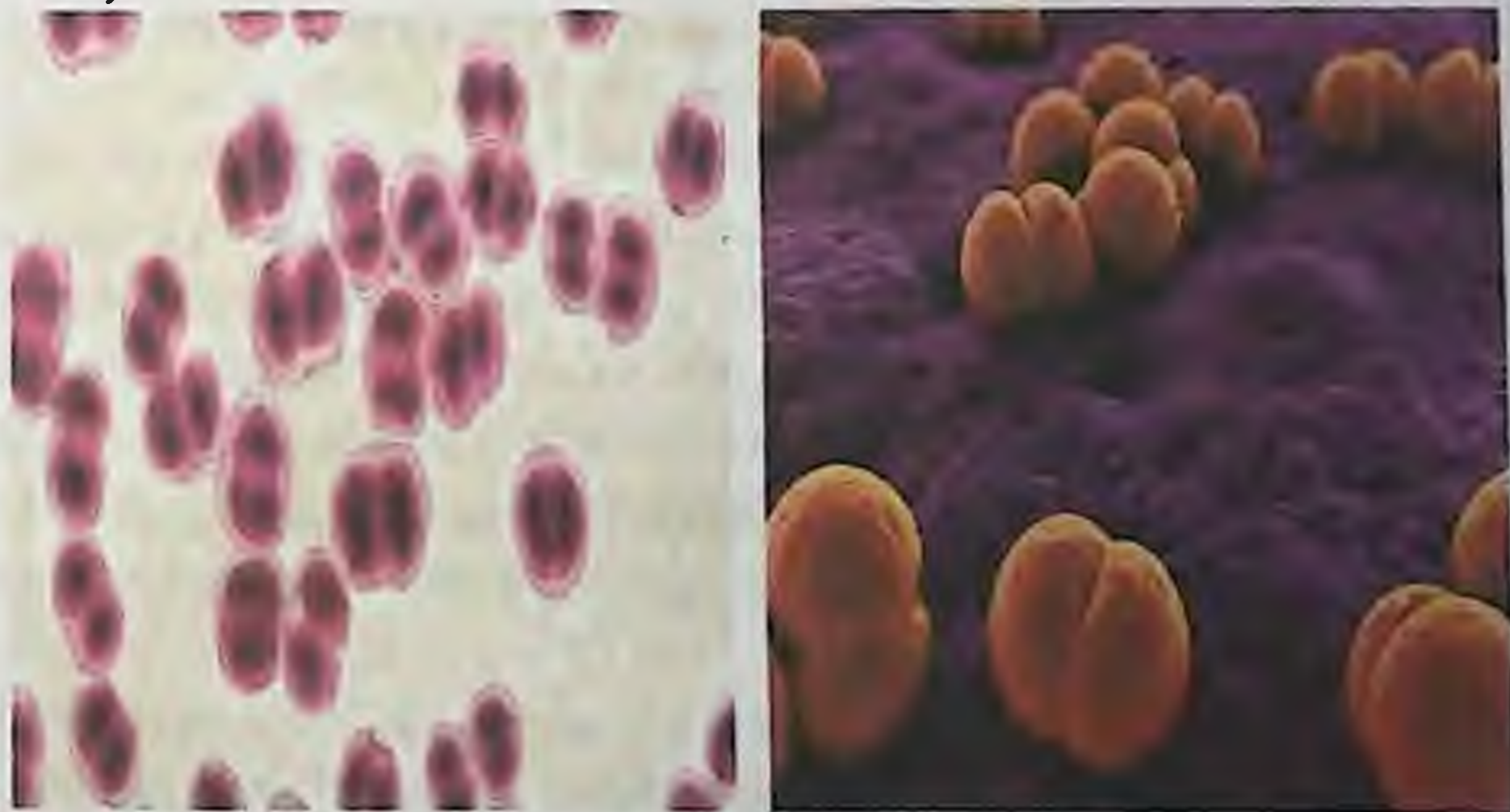
ayniqsa keksalarda va yosh bolalarda. Oxirgilarda "fontansimon"qusish, giperesteziya, ensa mushaklarining tarangligi aniqlanadi. Meningitda ko'pincha ensefalit va mielit belgilari aniqlanadi.

Meningokokkli infeksiya

Meningokokkli infeksiya - o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, uni meningokokklar chaqiradi va turli klinik ko'rinishlarda - tashuvchilik, nazofaringit, meningit, meningokokksemiya, meningoensefalit ko'rinishlarida kechadi.

Tarixiy ma'lumotlar. Kasallik birinchi marta 1805 yil Yiesse tomonidan "epidemik serebral meningit" nomi bilan yozilgan. 1887 yilda Weichselbaum kasallik chaqiruvchisi grammanfiy diplokokk *Neisserie meningitidis*ni ochgan. XIX-asr oxirida meningokokksemiya klinikasi yoritib berilgan. XX-asr boshlarida meningokokli nazofaringit aniqlangan. 1965 yildan meningokokklar chaqiruvchi kasalliklar meningokokli infeksiya deb nomlana boshladi.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchi Gramm manfiy diplokokk - *Neisserie meningitidis*, *Neisserie* avlodi, *Neisseriaceae* oilasiga mansub (1-rasm).



1- rasm. Meningokokklarning elektron mikroskopik ko'rinishi.

Harakatsiz, spora, kapsula hosil qilmaydi. Oqsil tutuvchi muhitlarda (qon, plazma, go'sht gidrolizati) 36-370S va namlik yuqori bo'lgan sharoitda yaxshi o'sadi. Qo'zg'atuvchi burun shillig'i,

qon, likvor, teri toshmali ekssudatidan ajratib olinishi mumkin. Meningokokklar endotoksin ajratadi, organizmdan tashqarida tez xalok bo'ladi. +500S da 5 daqiqada, -2,-100S da 2 soatda xalok bo'ladi. Quyosh nuri, dezinfeksiyalovchi preparatlar ta'sirida, 70% spirt ta'sirida darrov xalok bo'ladi. Antigeniga qarab A, B, C, X, Y, Z, hamda 29E va 135W seroguruhlarga bo'linadi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai bo'lib kasal odam va sog'lom tashuvchi hisoblanadi. Bemor ayniqsa kasallik boshida va kasallik tarqoq kechayotgan paytida o'ta yuqumli hisoblanadi.

Kasallik havo-tomchi yo'li orqali yuqadi. Beriluvchanlik 10-15% ni tashkil etadi. Kasallanish ko'proq qish-bahor (fevral-may) oylariga to'g'ri keladi. Kasallik hamma yoshda va ayniqsa 70-80% hollarda erta yoshdagi bolalarda kuzatiladi. Kattalarda 19-30 yoshda ko'proq uchraydi. Qish-bahor oylarida ko'p kuzatiladi. Ko'pincha sporadik. Bolalar kollektivida epidemik qo'zg'alish ko'rinishida o'tadi. Immunitet tipospetsifik. O'lim tarqoq formalarida 1 yoshgacha bolalarda 50%, kattalarda 5-6% dan 12-14% ni tashkil qiladi.

Patogenezi. Kasallik kirish darvozasi bo'lib yuqori nafas yo'llari shilliq qavati hisoblanadi. Kirish darvozasida faqat 10-15% hollarda mahalliy yallig'lanish bo'lib, o'tkir nazofaringit rivojlanadi. Qolgan hollarda «sog'lom tashuvchilik» deb hisoblanadi. 1-2% hollarda qo'zg'atuvchi qonga o'tadi va klinikasiz tranzitor bakteremiya yoki meningokokkli sepsis yuzaga chiqadi. Ba'zi hollarda qo'zg'atuvchi qondan gematoensefalitik to'siqni yengib meningit va meningoensefalit chaqiradi.

Qo'zg'atuvchi endotoksini tomirlar endoteliysi va xujayralarni membranasiga ta'sir etib gemodinamikani buzadi. Bunda ko'plab biologik faol moddalar hosil bo'lib, ular oxir oqibatda tomir ichida tarqoq qon ivishiga olib keladi (DVS), ko'plab ichki a'zolarga qon quyilishlar kuzatiladi.

Endotoksinemiya, gemodinamik va metabolik o'zgarishlar oqibatida miya shishi kuzatiladi.

Gipertoksik shakllari patogenezida juda tez rivojlanuvchi gemorragik sindrom, buyrak usti bezlari infarkti, kuchli endotoksinemiya va boshqalar yotadi. qo'zg'atuvchining miya qobiqlariga o'tishi meningit klinikasini yuzaga keltiradi. Bunda miya shishi, miyacha tiqilib qolishi, nafas olish markazi paralichi kuzatilishi mumkin. Erta yoshdagi bolalarda miya ichi gipertenziyasi o'rtacha gipotenziya holati – serebral kollaps kuzatilishi mumkin.

Immunitet. Kasallikdan keyin organizmda maxsus antitanachalar ishlab chiqariladi. Gemagglyutininlar titri kasallik birinchi kunlaridan paydo bo'lib, 5-7 kunga kelib eng yuqori bo'ladi. 3-4 haftadan keyin ular titri kamayadi. Ularni qancha vaqt saqlanishi aniq tekshirilmagan. Immunitet guruh bo'yicha spetsifik hisoblanadi, lekin oxirgi yillarda ko'proq kesishgan (bir-biriga ta'sir qiluvchi) immunitet xaqida fikr yuritilyapti.

Tasnifi.

1. Mahalliy shakllari:

- a) tashuvchilik
- b) o'tkir nazofaringit

2. Tarqoq shakllari:

- a) meningokokksemiya
- b) meningit
- v) meningoensefalit

3. Aralash shakllari: meningit meningoensefalit bilan

4. Kam uchraydigan shakllari:

- a) endokardit
- b) zotiljam
- v) iridotsiklit
- g) artrit va boshqalar

Klinikasi. Yashirin davri 2-10 kunni tashkil qiladi.

O'tkir nazofaringit. Eng ko'p uchraydigan (80% gacha) shakli bo'lib, yengil, o'rtacha og'ir va og'ir kechadi.

Yengil shakli o'tkir, 37,5-38,0S gacha isitmalash, burun bitishi, oqishi bilan boshlanadi. Ba'zida harorat ko'tarilmaydi, kataral o'zgarishlar juda sust, qon o'zgarmaydi, ba'zida biroz neytrofilez bo'ladi.

O'rtacha og'ir shakli 39,0S gacha isitmalash, bosh og'rishi, aylanishi, tomokda qichishish, yutinganda og'riq, burun bitishi bilan boshlanadi. Bemor holsiz, lanj, terisi oqaradi. Og'iz-halqum qizaradi, orqa devori shishadi, donador bo'ladi.

Og'ir shaklida harorat 40-40,50S gacha ko'tariladi. Yuqorida qayd etilgan belgilarga qusish, talvasalar, qorinda og'riq qo'shiladi. Ba'zi meningial belgilar musbat bo'ladi. Qonda leykotsitoz (15×10^9 gl), neytrofilez, EChT ortishi kuzatiladi. Likvorda sitoz normal, bosim biroz oshadi.

Nazofaringit yaxshi oqibatli kechadi, harorat 1-4 kunda me'yoriga tushadi, 5-7 kunda bemor sog'ayadi.

Shuni aytib o'tish lozimki, ba'zida o'tkir nazofaringitdan keyin tarqoq shakllari rivojlanadi.

Meningokokksemiya meningokokkli infeksiyaning tarqoq shakli bo'lib; umumiy zaharlanish belgilaridan tashqari boshqa a'zolar ham zararlanadi (bo'g'imlar, ko'z, taloq, o'pka, buyrak, buyrak usti bezlari va boshqalar). Kasallik o'tkir, birdaniga boshlanadi. Harorat yuqori, titrash, qusish kuzatiladi. Klinik belgilar 1-2 kun ichida yuzaga chiqadi. Kasallik 1-kun oxiri, 2-kun boshida terida toshmalar toshadi. Toshma gemorragik, noto'g'ri shaklda, yulduzsimon, qattiq, teri yuzasidan ko'tarilib turadi. Toshmalar ko'proq oyoq-qo'llar distal qismi va dumba sohasida bo'ladi (2,3-rasmlar).

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai bo'lib kasal odam va sog'lom tashuvchi hisoblanadi. Bemor ayniqsa kasallik boshida va kasallik tarqoq kechayotgan paytida o'ta yuqumli hisoblanadi.

Kasallik havo-tomchi yo'li orqali yuqadi. Beriluvchanlik 10-15% ni tashkil etadi. Kasallanish ko'proq qish-bahor (fevral-may) oylariga

to'g'ri keladi. Kasallik hamma yoshda va ayniqsa 70-80% hollarda erta yoshdagi bolalarda kuzatiladi. Kattalarda 19-30 yoshda ko'proq uchraydi. Qish-bahor oylarida ko'p kuzatiladi. Ko'pincha sporadik. Bolalar kollektivida epidemik qo'zg'alish ko'rinishida o'tadi. Immunitet tipospetsifik. O'lim tarqoq formalarida 1 yoshgacha bolalarda 50%, kattalarda 5-6%dan 12-14%ni tashkil qiladi.

Patogenezi. Kasallik kirish darvozasi bo'lib yuqori nafas yo'llari shilliq qavati hisoblanadi. Kirish darvozasida faqat 10-15% hollarda mahalliy yallig'lanish bo'lib, o'tkir nazofaringit rivojlanadi. Qolgan hollarda «sog'lom tashuvchilik» deb hisoblanadi. 1-2% hollarda qo'zg'atuvchi qonga o'tadi va klinikasiz tranzitor bakteremiya yoki meningokokkli sepsis yuzaga chiqadi. Ba'zi hollarda qo'zg'atuvchi qondan gematoensefalitik to'siqni yengib meningit va meningoensefalit chaqiradi.

Qo'zg'atuvchi endotoksini tomirlar endoteliysi va xujayralarni membranasiga ta'sir etib gemodinamikani buzadi. Bunda ko'plab biologik faol moddalar hosil bo'lib, ular oxir oqibatda tomir ichida tarqoq qon ivishiga olib keladi (DVS), ko'plab ichki a'zolarga qon quyilishlar kuzatiladi.

Endotoksinemiya, gemodinamik va metabolik o'zgarishlar oqibatida miya shishi kuzatiladi.

Gipertoksik shakllari patogenezida juda tez rivojlanuvchi gemorragik sindrom, buyrak usti bezlari infarkti, kuchli endotoksinemiya va boshqalar yotadi. qo'zg'atuvchining miya qobiqlariga o'tishi meningit klinikasini yuzaga keltiradi. Bunda miya shishi, miyacha tiqilib qolishi, nafas olish markazi paralichi kuzatilishi mumkin. Erta yoshdagi bolalarda miya ichi gipertenziyasi o'rtacha gipotenziya holati – serebral kollaps kuzatilishi mumkin.

Immunitet. Kasallikdan keyin organizmda maxsus antitanachalar ishlab chiqariladi. Gemagglyutininlar titri kasallik birinchi kunlaridan paydo bo'lib, 5-7 kunga kelib eng yuqori bo'ladi. 3-4 haftadan keyin ular titri kamayadi. Ularni qancha vaqt saqlanishi

aniq tekshirilmagan. Immunitet guruh bo'yicha spetsifik hisoblanadi, lekin oxirgi yillarda ko'proq kesishgan (bir-biriga ta'sir qiluvchi) immunitet xaqida fikr yuritilyapti.

Tasnifi.

1. Mahalliy shakllari:

- a) tashuvchilik
- b) o'tkir nazofaringit

2. Tarqoq shakllari:

- a) meningokokksemiya
- b) meningit
- v) meningoenfalit

3. Aralash shakllari: meningit meningoenfalit bilan

4. Kam uchraydigan shakllari:

- a) endokardit
- b) zotiljam
- v) iridotsiklit
- g) artrit va boshqalar

Klinikasi. Yashirin davri 2-10 kunni tashkil qiladi.

O'tkir nazofaringit. Eng ko'p uchraydigan (80% gacha) shakli bo'lib, yengil, o'rtacha og'ir va og'ir kechadi.

Yengil shakli o'tkir, 37,5-38,0S gacha isitmalash, burun bitishi, oqishi bilan boshlanadi. Ba'zida harorat ko'tarilmaydi, kataral o'zgarishlar juda sust, qon o'zgarmaydi, ba'zida biroz neytrofilez bo'ladi.

O'rtacha og'ir shakli 39,0S gacha isitmalash, bosh og'rishi, aylanishi, tomoqda qichishish, yutinganda og'riq, burun bitishi bilan boshlanadi. Bemor holsiz, lanj, terisi oqaradi. Og'iz-halqum qizaradi, orqa devori shishadi, donador bo'ladi.

Og'ir shaklida harorat 40-40,50S gacha ko'tariladi. Yuqorida qayd etilgan belgilarga qusish, talvasalar, qorinda og'riq qo'shiladi. Ba'zi meningial belgilar musbat bo'ladi. Qonda leykotsitoz

Neyroinfeksiyalar

(15×10^9 gl), neytrofilez, EChT ortishi kuzatiladi. Likvorda sitoz normal, bosim biroz oshadi.

Nazofaringit yaxshi oqibatli kechadi, harorat 1-4 kunda me'yoriga tushadi, 5-7 kunda bemor sog'ayadi.

Shuni aytib o'tish lozimki, ba'zida o'tkir nazofaringitdan keyin tarqoq shakllari rivojlanadi.

Meningokokksemiya meningokokkli infeksiyaning tarqoq shakli bo'lib, umumiy zaharlanish belgilaridan tashqari boshqa a'zolar ham zararlanadi (bo'g'imlar, ko'z, taloq, o'pka, buyrak, buyrak usti bezlari va boshqalar). Kasallik o'tkir, birdaniga boshlanadi. Harorat yuqori, titrash, qusish kuzatiladi. Klinik belgilar 1-2 kun ichida yuzaga chiqadi. Kasallik 1-kun oxiri, 2-kun boshida terida toshmalar toshadi. Toshma gemorragik, noto'g'ri shaklda, yulduzsimon, qattiq, teri yuzasidan ko'tarilib turadi. Toshmalar ko'proq oyoq-qo'llar distal qismi va dumba sohasida bo'ladi (2,3-rasmlar).



2-rasm



3-rasm

Og'ir shakllarida bemor yuzi, yelkalarida ham toshadi. Toshmalar o'rtasida nekrozli o'chog'i bo'ladi. Keyinchalik nekrozlar o'rnida chandiqlar paydo bo'ladi. O'ta og'ir hollarda oyoq-qo'l barmoqlar uchi, quloqlar suprasi gangrenasi rivojlanadi. Ba'zida

nekrozlar juda chuqur bo'lgani uchun suyaklar ham ko'rinib qoladi. Ayrim bemorlarda gemorragik toshmalardan oldin rozeolez yoki rozeolo-papulez toshma toshadi. Bu toshmalar 1-2 kunda izziz yo'qoladi. Gemorragik toshmalar, ayniqsa nekrozli toshmalar sekin bitadi. Meningokokksemiyada ko'proq mayda barmoq bo'g'imlari, ba'zida tirsak, tizza, to'piq bo'g'imlari zararlanadi. Bo'g'im usti terisi shishadi, qizaradi, harakat og'riq tufayli cheklanadi. Ko'pincha poliartrit, kam holda monoartrit kuzatiladi.

Ko'z tomirli pardasi zararlanganda uveit rivojlanadi va bunda parda jigar rangga (zang rangida) kiradi. Ko'pincha uveit bir tomonlama bo'ladi. Kam hollarda plevrit, pielit, flebit, jigar zararlanishi, yiringli endo-, mio- va perikardit rivojlanadi.

Yurak zararlanganda hansirash, sianoz kuzatiladi. O'pkada xirillashlar (chap yurak yetishmovchiligi) yoki jigar kattalashishi (o'ng yurak yetishmovchiligi) rivojlanadi.

Buyrak o'choqli glomerulonefrit ko'rinishida zararlanadi. Peshobda proteinuriya, eritrotsitlar, leykotsitlar, epiteliotsitlar topiladi.

Periferik qonda leykotsitoz ($15-25 \times 10^9$ gl), neytrofilez, aneozinofiliya, EChT ortishi (50-70 mmgsoat) kuzatiladi.

Kechishi bo'yicha yengil, o'rtacha og'ir va og'ir shakllari tafovut qilinadi. Ayniqsa yashin tezligida kechuvchi shakli juda xavfli hisoblanadi. Bunda jarayon juda tez boshlanib, gemorragik toshmalar soat sayin ko'payib, bir-biriga qo'shilib ketadi, qon aylanish yetishmovchiligi belgilari rivojlanadi. Teri sovuq, yopishqoq, ter chiqadi, mushaklar, bo'g'imlarda og'riq, ba'zida qusish, ichi ketishi kuzatiladi. DVS-sindromi belgilari kuchayadi, qon bosimi pasayadi, harorat subnormal, pul's ipsimon, oligoanuriya rivojlanadi. Qonda atsidoz, giperleykotsitoz, ba'zida leykopeniya (yomon kursatkich) topiladi. Bu shakli patogenetik jihatdan infeksiyon-toksik shok holati hisoblanadi (1- jadval).

Meningokokkli infeksiyadagi og'ir infeksiyon-toksik shokning ko'rsatkichlari.

Belgilari	I daraja (kompensatsiyalangan)	II daraja (subkompensatsiyalangan)	III daraja (dekompensatsiyalangan)
Shikoyatlari	Varaja, bosh og'rig'i, qayd qilish, mushak va bo'g'imlarda og'riq,	Kuchli charchoq	Hushsiz
Tana harorati	39-40 S va undan yuqori	normada	gipotermiya
Xushi	Xushi o'zida, qo'zg'aluvchan	xushi o'zida, karaxt	I -II koma tarqoq talvasalar
Terisi	Rangpar oyoq qo'llar sovuq, lab slonozl, marmarsimon teri	Kuchli oqarish, akrotslanoz	Total slanoz, o'llik dog'lari
Simptom "oq dog'lar"	Manfiy	6-10C	10 C dan yuqori
Toshma	Mayda gemorragik tezda toshadi va kattalashadi	Katta gemorragik, yulduzsimon toshmalar, ko'p nekroz o'choqlari bilan	Katta gemorragik ko'p qo'shilib ketgan nekroz o'choqlari bilan badan yuz, oyoqlari va qo'llarda joylashgan
Nafas qisillishi	Yo'q	Yaqqol rivojlangan, patologik	nafas tiplari yaqqol namoyon bo'lgan
Puls	Ritmik qoniqarli to'lliqlikda	Ritmik kuchsiz to'lliqlikda	Ipsimon yoki aniqlanmaydi, aritmiya
YuQS	Taxikardiya	Kuchli taxikardiya	Kuchli taxikardiya
AQB	Normada yoki biroz ko'tarilgan	Sistolik arterial bosim 70 mm.sm. ustunigacha	Sistolik arterial bosim 70 mm.sm. ustdan past
Diurez	pasaygan	oliguriya	anuriya
DVS-sindrom	I daraja giperkoagulyatsiya	II daraja ko'p miqdordagi konyuktivaga qon quyilishlar, burundan va oshqozondan qon ketishlar	III daraja gipokoagulyatsiya, ichki organlarga ko'p miqdorda qon quyilishlar, inyeksiya qilingan joylardan qon ketish, kofe quyqa
Kislota-asos holati	Metoballitik atsidoz yoki kompensirlangan respirator alkaloz	Supkompensirlangan metabolitik atsidoz	Subkompensirlangan aralash atsidoz

axborot-resurs markazi

318352

Meningokokkli meningit. Kasallik o'tkir 39-400S gacha isitmalash, qaltirash bilan boshlanadi. Bosh og'rig'i, bezovtalik, uyqu buzilishi kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda bezovtalik adinamiya, holsizlik bilan almashadi. Bemorlarda taktil sezuvchanlik oshib ketadi - giperesteziya, shu bilan birga giperakkuziya ham kuzatiladi. Bemorlar boshini orqaga tashlab, oyoqlarini qoringa tortib yotadi (4, 5-rasm).



4-rasm. Meningial poza.

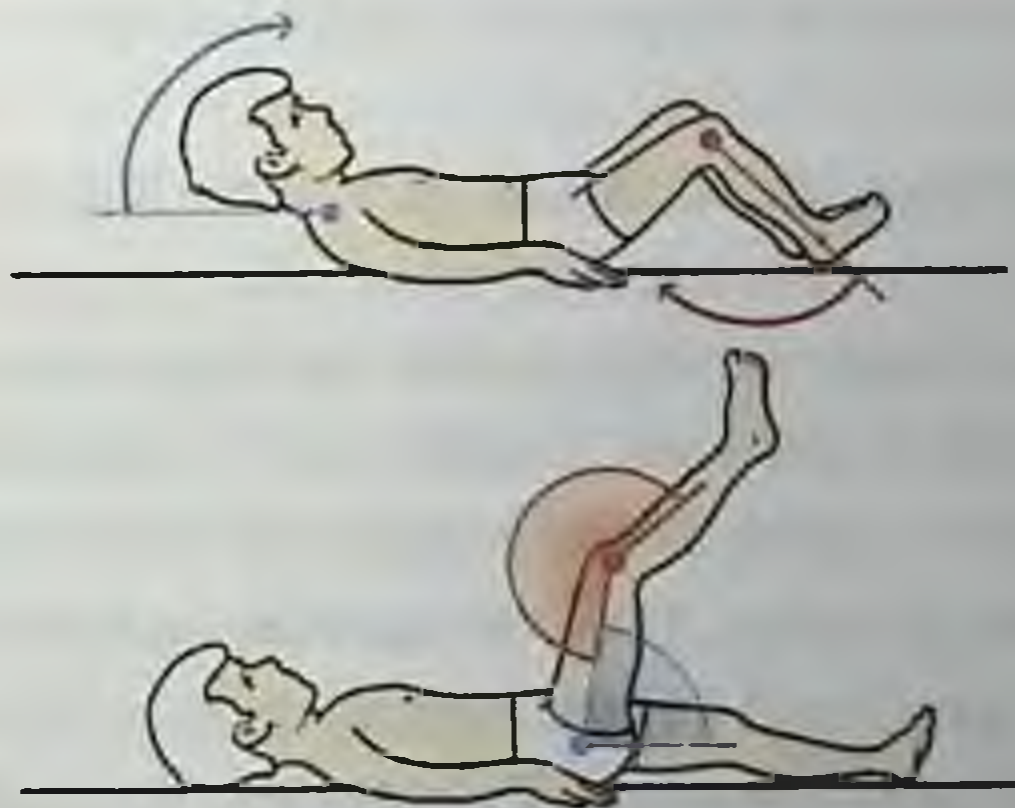


5- rasm. Meningial poza.

Ko'p bolalarda kasallik birinchi kunidanoq qusish bo'ladi. Yangi tug'ilganlarda va ko'krak yoshidagi bolalarda Lassaj simptomi («osilish») aniqlanadi, bunda bolani qo'ltig'idan ushlab ko'targanda

tizza va toz son bo'g'imlaridan bukilish kuzatiladi va shu holatda uzoq muddat turadi (sog'lom bolada oyoqlar erkin harakatlanadi) . Erta yoshdagi bolalarda meningit asosiy belgilariga qusish bilan birga talvasalar xosdir. Talvasalar odatda kloniko-tonik bo'lib, 2-3 kun qaytalab turishi mumkin. Meningeal belgilar ko'pincha kasallik 2-3-kuni paydo bo'ladi. Bemorlarda Kernig, ensa mushaklari regidligi, Brudzinskiy simptomlari musbat bo'ladi. Kernig simptomi - (tizza va son bo'g'imlarida egilgan oyoq to'g'irlashning qiyinligi va og'riqli reaksiya)(6,7-rasm).

Brudzinskiy simptomi - yuqorigi (bemorning boshini ko'krak tomon egmoqchi bo'lganimizda, oyoqning chanoq-son va tizza bo'g'implardan bukilishi); o'rta - (qov sohasi bosilganda, xuddi shunday reaksiya kuzatilishi); va pastki (tizza bo'g'imida bukilgan oyoqni qarshi tomonga maksimal bukkanimizda, ikkinchi oyoq ham avtomatik tarzda tizza va chanoq-son bo'g'imidan bukiladi). Orqa uzun muskullari rigidligida bemor, orqaga egilgan bo'lib, old tomonga engasha olmaydi. 6-rasm. Yuqorisida Brudzinskiy yuqori simptomi.



7- rasm. Kernig simptomi.

O'choqli belgilar paydo bo'lishi miya shishidan darak beradi. Ko'p hollarda qizil dermografizm, lablarda uchuq toshishi kuzatiladi.

Bolalarda taxikardiya, taxipnoe, ba'zida ichi suyuq kelishi mumkin. Kuchli zaharlanish oqibatida gepatosplenomegaliya aniqlanadi. Qonda leykotsitoz, ba'zida leykopeniya, eozinofiliya, EChT ortishi kuzatiladi. Peshobda biroz albuminuriya, silindruriya, mikrogematuriya topiladi.

Likvor kasallik boshida tiniq bo'ladi, lekin birinchi sutka oxiriga kelib xira, sut rangida yoki sarg'ish-ko'kimtir rangga kiradi, bosimi ortadi. Sitoz neytrofilli bo'lib, 1 mkl da bir necha minggacha yetadi, oqsil ortadi, qand va xloridlar miqdori pasayadi.

Meningokokkli meningoensefalit asosan erta yoshdagi bolalarda uchraydi. Birinchi kunlardanoq ensefalitik belgilar – bezovtalik, es-xushni buzilishi, talvasalar, III, VI, V, VIII juft nervlar buzilishi kuzatiladi. Gemiparezlar, ba'zida miyacha ataksiyasi, mushaklar tonusi pastligi topiladi. Kasallik og'ir kechib, ko'p holda o'lim bilan tugaydi.

Meningokokksemiya bilan birga kelgan meningokokkli meningit aralash shakli bo'lib, ko'p uchraydi. Toshma meningit belgilaridan bir necha soat, kun avval paydo bo'ladi. Shuni aytib o'tish lozimki, aralash shakllari ko'pincha yaxshi oqibatli kechib, bemor tez tuzaladi.

Asoratlari. Miya shishi faqat miya zararlanishida emas, balki neyrotoksikoz, gemodinamik va metabolik o'zgarishlar oqibatida yuzaga chiqadi. Bunda boshda kuchli og'riqqa es-xushni buzilishi, bezovtalik, qusish, tonik yoki kloniko-tonik talvasalar bo'ladi. ko'z qorachig'i avval toraygan, keyin kengayadi, reaksiyasi sust bo'ladi, anizokoriya, ko'z g'ilayligi, vertikal nistagm aniqlanadi. Mushaklar tonusi ortgan, meningeal belgilar musbat bo'ladi. Uzunchoq miya siqilib qolganda pul's kamayadi, aritmiya, shovqinli nafas olish (Cheyn-Stoks), gipertermiya, yuz qizarishi, sianoz, ko'p terlash kuzatiladi. Gipoksiya, gipokapniya kuchayib boradi. Likvor bosimi boshida baland, keyin esa likvor yo'llari tiqilib qolishi oqibatida

normal yoki past bo'ladi. O'lim nafas to'xtab qolishi yoki o'tkir yurak-qon-tomir yetishmovchiligidan yuzaga keladi.

Serebral gipotenziya (serebral kollaps). Ko'proq erta yoshdagi bolalarda uchraydi. Bu serebral gemodinamika, likvor ishlab chiqarilishi buzilishi, ko'p miqdorda benzilpenitsillin yuborilishi, ko'p qusish, ich ketishi, kuchli degidratatsion terapiya natijasida ko'p suyuqlik yo'qotish oqibatida yuzaga kelishi mumkin. Klinikasida kuchli toksikoz va suvsizlanish, ko'zlarning ichiga botishi, teri quruqligi, katta liqildoq ichiga botishi, mushaklar tonusi pastligi, meningeal belgilar kamayishi, bemorning soporoz yoki komatoz holatga tushishi aniqlanadi. Likvor bosimi past bo'ladi. Serebral kollaps oqibatida subdural suyuqlik yig'ilishi yuzaga kelib, bunda davolashning 2-3 kuni bemor ahvolining yanada og'irlashishi, gipertermiya, talvasalar, gemiparez, katta liqildoq pasayishi, keyinchalik esa nafas olish va yurak faoliyati buzilishi yuzaga keladi.

Ependimatit. Miya qorinchalari ependimasi yallig'lanishi bo'lib, klinikasida meningoensefalit belgilari bilan birga uyquchanlik, sopor yoki koma, mushak tonusi ortib borishi, opistotonus, talvasalar, giperesteziya, oyoq-qo'llar titrashi, ko'p qusish kuzatiladi. Katta liqildoq bo'rtadi. Ko'z tubi tekshirilganda ko'rish nervi so'rg'ichlari shishganligi topiladi. Bola oyoqlarini tizza sohasida chalishtirib cho'zib yotadi. qo'llari musht qilingan. Likvorda oqsil juda oshib ketadi. Likvorda neytrofillar normal, lekin qorinchalardan olingan likvorda yiring bo'ladi.

Bundan tashqari meningokokksemiya ko'p uchraydigan asoratlarga infeksiyon-toksik shok holati, buyrak usti bezlari o'tkir yetishmovchiligi kabi asoratlardan kiradi.

Bir yoshgacha bolalarda meningokokkli infeksiyani kechish xususiyatlari.

Bunday bolalarda ko'proq meningokokksemiya uchraydi. Meningeal belgilar kam ifodalangan, ular o'rniga asosan talvasalar, isitmalash, qusish, katta liqildoq bo'rtishi uchraydi. Ko'proq boshini

orqaga tashlab yig'lash, Lassaj belgisi xos bo'ladi. Chaqaloqlarda, ayniqsa chala tug'ilganlarda isitma bo'lmasligi ham muhim. Ularda bezovtalik, mushaklar tremori, talvasalar, ovqatdan bosh tortish, adenamiya, beto'xtov yig'lash uchraydi. Ko'proq ensefalit, gidrosefaliya kuzatiladi.

Tashxisoti. Tipik hollarda qiyin emas.

Meningokokkli meningitning tayanch diagnostik belgilari:

- o'tkir boshlanishi;
- yuqori harorat;
- kuchli bosh og'rig'i;
- qayd qilish;
- meningial simptomlar.

Meningokoksemiyaning tayanch diagnostik belgilari:

- o'ta keskin boshlanishi;
- yuqori harorat;
- oyoq-qo'llarning sovuq bo'lishi;
- gemorragik yulduzsimon nekroz o'choqlari bo'lgan toshmalar;
- oliguriya.

Yakuniy tashxis likvorni bakterioskopiya va qonni «yo'g'on tomchi» usuli bilan tekshiruvda meningokokklar topilishi, hamda qo'zg'atuvchini burun, tomoq shillig'idan topilishi muxim rol o'ynaydi.

Serologik usullarda RPGA, IEF, VIEF usullaridan foydalaniladi.

Qiyosiy tashxisoti. Qizamiqda Rinit, traxeit, konyuktivit kuzatiladi. Kataral davrining oxirida Bel'skiy-Filatov-Koplik dog'lari kuzatiladi. Toshma kasallikning 4-5 kunlari etap bilan toshadi. Toshma dog'li-papulyoz, etap bilan toshadi, o'zgarmagan teri fonida. Toshmadankeyin mayda qipiqlanish kuzatiladi. Qonda limfotsitoz aniqlanadi.

Skarlatinada tomoqda yaqqol chegaralangan qizarish (olovli tamoq), angina, terida mayda nuqtasimon toshmalar kasallikning birinchi kundan toshadi. Bukuvchi sohalarda ko'proq toshadi, tabiiy

burmalarda quyushishi xos. Oq dermografizm malinali til, plastinkali qipiqlanish, jgut va chimchilash simptomlari musbat bo'ladi.

Iersiniozda nuqtasimon toshma bilan birga «kapyushon», «qo'lqop», «paypoq» belgilari, artralgiyalar, gepatosplenomegaliya, sariqlik, ich ketishlar kuzatiladi.

Gemorragik vaskulitlarda toshma simmetrik, ko'proq yozuvchi sohalarda, dumba, to'piq bo'g'imi atrofida joylashadi, toshma yulduzsimon xarakterli bo'lmaydi.

Trombotsitopenik purpurada toshma turli o'lchamda, ko'p lat yeydigan joylarda joylashadi, burun, milklardan qon ketishi mumkin. Zaharlanish xos emas. Qonda trombotsitlar kam, qon ketish davri uzaygan bo'ladi.

Spazmofiliyada zaharlanish belgilari bo'lmaydi, katta liqildoq shishmaydi, likvor toza bo'ladi. Anamnezida qayta talvasalar aniqlanadi.

Seroz meningitlarda epidemiologik anamnez, kasallik belgilari borligi (masalan, tepki, suvchechak va boshqalar) hisobga olinadi. Asosiy ahamiyatga orqa miya punksiyasi ega bo'lib, unda likvor tiniq, sitoz, limfotsitar xarakterga ega bo'ladi, oqsil normal qoladi(2-jadval).

Ikkilamchi yiringli meningitlarda epidemiologik anamnez (avvaldan tez-tez kasal bo'lish, otitlar, zotiljam, pielonefrit va boshqalar), kasallikni asosan asta-sekin boshlanishi ahamiyatga ega. Bunda ham orqa miya punksiyasi likvor va boshqa materiallarni bakteriologik tekshiruv tashxisoti o'tkaziladi.

Meningitlarning asosiy likvorlagik differentsial diagnostik belgilari.

Belgilari	Norma	Meningizm	Serozli Meningit	Tuberkulyozli meningit	Meningokokkli meningit	Subaraxnoi-dal qon quyilish
1	2	3	4	5	6	7
Rang va yaltiroqligi	Rangsiz shaffof	Rangsiz shaffof	Rangsiz shaffof loyqalangan	Rangsiz shaffof yoki oqimtir	Rangsiz yoki yashil xira	Qonli, turganda ksantaxrom
Bosim (mm.suv.ust)	130-180	130-250	200-300	250-500	oshgan	250-400
Daqiqalik tomchilar soni	40-60	60-90	60-90	Oqim bilan keladi	Tez-tez tomchilaydi	70 tomchidan ko'p yoki oqadi
Sitoz (1mkl dagi xujayralar soni)	2-8	2-12	2-800	200-700	1000-15000 va yuqori	
Sitogramma Limfotsit, %	80-85	80-85	80-100	40-60	0-40	5-7 kundan limfotsitlar ko'payadi, eritrotsitlar bor
Pandi, Nonne-Apel'ta reaksiyalari	-	-	+(++)	+++(++++)	+++(++++)	+++
Oqsil g/l	0.25-0.33	0.16-0.45	0.16-1	1.0-3.3	0.6-16.0	0.66-16.0
Dissotsiatsiya	yo'q	yo'q	Xujayra-oqsil	Oqsil-xujayra	Xujayra-oqsil	
Fibrinli parda	-	-	3-5%	30-40%	Qo'pol parda i	Kam hollarda uchrayd
Shakar, mmol/l	0.25-4.16	2,5-4.16	2,5-4.16	kamayadi	Kamayadi	2,5-4.16
Bemorning lyumbal punksiyaga reaksiyasi	Ko'p miqdorda olinganda boshi og'rishi, qayd qilishi mumkin	yengillashadi	Yengillashadi	Sezilarli lekin qisqa muddatli yengillashish kuzatiladi	Qisqa muddatli yengillashish kuzatiladi	engillashadi

Davosi. Meningokokkli infeksiyaga gumon qilinganlar yoki bemorlar darhol maxsus shifoxonaga yotkizilishlari shart.

Kasallik tarqoq shakllarida katta miqdorda penitsillinoterapiya o'tkaziladi (200-400 ming/.kg. sut, 3 oygacha bolalarga 400-500 ming/kg.sut) va sutkada xar 4 soatda sutkasiga 6 marta beriladi. Davolash 5-8 kunni tashkil etadi va bunda likvorga ahamiyat beriladi. Agar likvorda sitoz 1 mkl da 100 ta bo'lsa va limfotsitar xarakterga o'tsa, penitsillin to'xtatiladi. Agar neytrofillar ko'p bo'lsa yana 2-3 kun davom ettiriladi. Cho'zilib kechganda penitsillin 1,5-2 haftagacha tayinlanadi. Ikkinchi antibiotik faqat zotiljam, pielonefrit va boshqalar qo'shilganda tayinlanadi.

Infeksion-toksik shok bilan kechgan meningokokksemiyada levomitsetin suksinat nayriyli tuzi 50-100 mg.kg.sut miqdorida tayinlanadi. Levomitsetin ham shokni kuchaytirishi mumkin va shuning uchun avval mushak orasiga tayinlanishi lozim. Bundan tashqari ampitsillin va oksatsillin 200-300 mg.kg.sut, meningoensefalitda 400-500 mg.kg.sut tayinlanadi.

Katta yoshdagi bolalarda yengil shakllarida sulʼfomonometoksin 40 mg/kg.sut 1 kun, keyin 20 mg/kg.sut yana 7-10 kun tayinlanadi.

Antibiotikoterapiya bilan birga intoksikatsiyaga qarshi davo o'tkaziladi. Bu maqsadda gemodez, reopoliglyukin, glyukoza 5-10% li eritmasi, alʼbumin va boshqalar tayinlanadi.

Umumiy suyuqlik miqdori 30-40-50 ml/kg.sut tashkil etadi va u ikkiga bo'lib tayinlanadi. Bir vaqtni o'zida degidratatsion davo o'tkaziladi (laziks, diakarb). Kuchli meningeal sindromda mannitol, mochevina 1 g/sut tayinlanadi.

Mikrosirkulyatsiyani yaxshilash uchun geparin 100-200 yed.kg.sut, trental, kurantil 5-10 mg.kg.sut venaga yuboriladi. Og'ir shakllarida kontrikal, gordoks beriladi. Katta miqdorda prednizolon, deksametazon tayinlanadi.

Talvasalarda seduksen 0,15-0,3 mg/kg, GOMK 50-100 mg/kg venaga, fenobarbital, aminazin, pipolfen tayinlanadi.

Bemorda infeksiyon-toksik shok holati aniqlanganda birinchi yordam o'sha joyni o'zida tayinlanadi (bemor uyi, boshqa kasalxonada). Bunda bolaga prednizolon 2-3 mg/kg, levomitsetin suksinat natriyli tuzi 25 mg/kg mushak orasiga, talvasalarda seduksen 0,3 mg/kg, laziks 1 mg/kg beriladi.

Maxsus kasalxonada shok I darajasida prednizolon 10-15 mg/kg sut, infuzion terapiya 50-70 ml/kg sut, shok II-III darajasida prednizolon 20-50 mg/kg sut beriladi. Venaga dopamin 5-10-15 mg/kg min tayinlanadi.

Atsidozga qarshi natriy bikarbonati 3-5 mg/kg sut ikkiga bo'lib beriladi. Bemorni ahvoliga qarab boshqa sindromli terapiya ham tayinlanadi (yurak preparatlari, modda almashinuvini yaxshilovchi preparatlari, nafas analeptiklari, antipiretiklar va boshqalar).

Oldini olish. Bemor yoki tashuvchini erta aniqlash va alohidalash asosiy hisoblanadi. Bu xaqda SES ga xabar beriladi. Bemor bilan muloqotda bo'lganlarga 10 kun karantin e'lon qilinadi. Muloqotdagilar shu 10 kun davomida xar kuni termometriya va nazoratdan o'tadilar. Bolalar maktabgacha muassasasida muloqotda bo'lganlar 3-7 kun oralatib 2 marta bakteriologik tekshiruvdan o'tadilar. Aniqlangan tashuvchilar alohidalanadi va sanatsiya qilinadi. Sanatsiyadan keyin (3 kundan keyin) ular yana bir marta bakteriologik tekshiruvdan o'tadilar.

Kasalxonadan bemorlar davo kursini olib bo'lgach bakteriologik tekshiruvsiz chiqariladilar. Meningokokkli infeksiya rekonvalessentlari muassasalarga tuzalgandan keyin 5 kun o'tgach bir marta bakteriologik tekshiruvdan keyin borishga ruxsat etiladi.

Yakuniy dezinfeksiya o'tkazilmaydi.

Immunoprofilaktikasi. Muloqotda bo'lganlarga normal immunoglobulin 1 yoshgacha 1,5 ml, 2-7 yoshda 3 ml mushak orasiga

bir marta yuboriladi. Bunda muloqotdan keyin 7 kundan oshmasligi kerak.

Faol immunizatsiya uchun Rossiyada A-antigen tutuvchi, Kubada esa V-antigen tutuvchi Vamengoc BC vaksina, Amerikada A, C, V va W-135N kvadrivaksina, Fransiyada Meninga A+S divaksina ishlatiladi. Rossiya vaktsinasi 1 yoshdan 8 yoshgacha 25 mkg, kattalarga 50 mkg (0,5 ml) teri orasiga tayinlanadi.

Dispanserizatsiya. Meningokokkli infeksiya tarqoq formasini boshidan kechirganlar poliklinika infeksionisti, nevropatologi va pediatri nazoratida 3 yil bo'ladi. Birinchi ko'rik 2 haftada, keyingilari 3,6oy va 1 yildao'tkaziladi.

Yiringli meningitlar.

Gemofilli meningit

Meningit gemofil tayoqchasining b turi yoki hib-meningit (GM), bakterial meningitlar orasida etiologiyasi bo'yicha uchinchi o'rinni egallaydi, bu 5 dan 25-30% gacha. Kasallik 2-3 yoshdagi bolalar orasida ko'proq uchraydi. Odatda o'lim darajasi 8-10% dan oshmaydi, yaxshi sifatli kechadi.

Etiologiyasi. HEMOPHILUS INFLUENZA qo'zg'atuvchisi (Pfeffer-Afanas'evning tayoqchasi)(8-rasm) Pasteurellaceae oilasi, gemofilyuslar avlodiga (16 turni o'z ichiga oladi) mansub.

Uning o'sishi uchun eritrotsitlarda v (yuqorida) termolabil faktor va termostabil omil x (hemin) mavjudligi talab etiladi. Antigenlik xususiyatlariga qarab 6 serotipga ajratish mumkin: a, b, c, d, ye, f. Kapsula virulentlik omilidir. Ko'pgina invaziv infeksiyalarni h.influenza b turi (hib) keltirib chiqaradi. Gemofil infeksiyasi dunyoda keng tarqalgan. Kasallik qo'zg'atuvchisi ko'pincha sog'lom odamlarda yuqori nafas yo'llari shilliq qavatida yashaydi, organizmning qarshiligi pasayishi bilan turli kasalliklarga olib kelishi mumkin - meningit, pnevmoniya, otit, artrit va boshqalar.



8-rasm. Pfeyfer-Afanasev tayoqchasi

Epidemiologiya. *H. influenzae* faqat inson uchun patogendir. Kasallik manbai kasal odam yoki tashuvchi. Qo'zg'atuvchi ko'pincha sog'lom odamlarning yuqori nafas yo'llarida shilliq qavatida yashaydi va tana qarshiligining pasayishi bilan turli kasalliklarni keltirib chiqarishi mumkin - pnevmoniya, meningit va boshqalar. Gemofil infeksiyasi havo tomchilari orqali yoki asimptomatik tashuvchilar yoki bemorlarning infeksiyalangan materiali bilan aloqa qilganda sodir bo'ladi, ammo yuqumlilik darajasi unchalik katta emas, shuning uchun kasallik epidemik xususiyatga ega emas. Patogen bilan aloqada bo'lgan odamlarning ozroq qismi kasallikning keyingi klinik ko'rinishlari bilan kasallanadi. Kasallanish, ayniqsa 6 oylikdan boshlab, yosh bolalarga ko'proq moyillik bo'ladi. 1,5 yoshgacha va birlamchi yoki ikkilamchi immunitet tanqisligi holati bo'lgan bolalarda. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning ushbu patogenga chidamliligi, asosan, onadan transplatsentar antitelalarning berilishi bilan bog'liq, ularning titri tug'ilishda juda yuqori bo'ladi va 6 oylik bolaga sezilarli darajada kamayadi. Yana xarakterligi mavsumiylik bu kuz-qish davri. Kasallikdan keyin immunitet turgun. Gemofil bakteriyalarini tashuvchanlik yosh bolalar orasida juda keng tarqalgan. Hib shtammlarini doimiy ravishda yangilab turishi

H.influenza makroorganizmning kapsulasiz variantlarga bo'lgan immunitetni oshirishga yordam beradi. Oqsil tuzilmalarining xilma-xilligi yangi serologik navlarning "yo'qolib ketishi" hodisasi tufayli turlarning turg'un bo'lishiga yordam beradi. Shu bilan birga, makroorganizmning h.influenzae kapsula variantlari bilan uchrashishi ogir kasalliklarni (birinchi navbatda meningit) rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Patogenezi. Hib kattalarda jiddiy kasalliklarni tipik qo'zg'atuvchisi emas. Hib infeksiyasining 20 dan ortiq turli klinik shakllari ma'lum. Birlamchi gemofilli yiringli meningit (meningoensefalit) kamdan-kam hollarda qayd etiladi. Aksariyat hollarda MNSda tarqoq gemofil infeksiyasi namoyon bo'ladi va ikkilamchi hisoblanadi. Ko'pincha kasallik o'tkir lokal jarayon fonida rivojlanadi: otit, traxeit, bronxit, endokardit, a'zolar va to'qimalarga zarar yetkazadigan septikopiemik yallig'lanishlar.

Klinik tasnifi.

I. Mahalliy shakllari:

Gemofilli bronxit;

Gemofilli otit;

Gemofilli pnevmoniya;

Gemofilli artrit.

II . Tarqalgan shakllari:

Gemofilli meningit

Gemofilli sepsis: septisemiya va septikopiemiya

Og'irlik darajasi bo'yicha:

1) Yengil shakli

2) O'rta og'ir shakli

3) Og'ir shakli

4) Gipertoksik (fulminant) shakli

Inkubatsion davri (kasallikning shaklidan qat'i nazar) 2 kundan 10 kungacha. Yiringli meningit asosan 1 yoshdan 4 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. Meningitning klassik belgilari - bosh og'rig'i,

fotofobiya va miya pardasining ta'siri alomatlari odatda katta yoshdagi bolalarda kuzatiladi. Kasallik o'tkir boshlanib tez-tez varaja tutishi, oldingi kasalliklarga qaraganda isitma ko'proq xarakterlidir. Tana harorati 39 - 40°S gacha ko'tariladi, isitma turg'un, antipiretik dorilarni ta'sir etishi qiyin. Birinchi oyli bolalarda katta liqildoqning shishishi, monoton yig'lash xarakterli. Intoksikatsiya alomatlari yaqqol namoyon bo'ladi: umumiy holsizlik, bezovtalik, qattiq bosh og'rig'i, takroriy qusish, terining oqarishi. Bo'yin mushaklarinng tortilish simptomi ko'proq xarakterli. Vaziyatning yomonlashishi bemordagi o'tkir respirator virusli infeksiyalar, otitlar, kon'yunktivit bo'lganligi. Juda tez xushning buzilishi paydo bo'ladi (karaxtlik, sopor), tutqanoqlar bo'lishi, patologik jarayon bosh miya to'qimalari va miyadan chikadigan nervlarga tarqaladi. Bosh miya markazlarida uchoqli buzilishlar va kranial nervlarning infiltrativ nevritlari rivojlanishi kasallikning 5-12 kunlarida sodir bo'ladi. Ko'pincha fatsialis, okulomotorius va abduzens nervlari zararlanadi. Kasallik bemorlarning 30 foizida epileptik tutqanoqlar bilan namoyon bo'ladi. Bakteriemiya terida petexial toshma va boshqa a'zolarga zarar yetkazishi mumkin: otit, epiglottit, selyulit, osteomielit, artrit septisemiya. Taxminan 20% hollarda shok rivojlanadi. Yetarli davolash choralari o'tkazilsa 2-3 kunda bemorning axvoli yaxshilanadi. Orqa miya suyuqligining tozalanishi 2 chi hafta oxirida sodir bo'lishi mumkin.

Gemofilli sepsis klinikasi. Sepsisning rivojlanishi yoki o'ziga xos asoratlarning qo'shilishi orqa miya suyuqligining tiklanish vaqtiga sezilarli ta'sir qiladi, kasallikning klinik ko'rinishlarining yengilligi va tiklanishi 4-8 haftagacha kechiktiriladi. Yosh bolalarda kasallik ko'p hollarda o'tkir osti boshlanadi. Tana haroratining kutarilishi, bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, qusish, miya pardalari zararlanish alomatlari yengil ifodalanadi, lokal nevrologik alomatlar tezda paydo bo'ladi, vaqti-vaqti bilan tirishishlar kuzatiladi. Kasallik silli meningit klinikasiga o'xshab chuziluvchan to'lqinsimon yaxshilanish va

yomonlashish davrlarining almashinuvi bilan uzoq davom etadi. Suvsizlanish, miya gipotenziya sindromi, subdural suyuklik to'planish ehtimoli mavjud. Meningitning o'tkir septik shakllari juda ogir kechadi va kasallikning 2-3 kunida o'lim kuzatiladi. Yoshlarda septisemiyaning klinik ko'rinishi fonida yiringli meningitning o'tkir shakli rivojlanishi mumkin. Yuqori isitma, kon'yunktivit, bronxit, pnevmoniya, gepatolienal sindrom. Yiringli meningit klinikasi kasallikning ikkinchi kunida rivojlanadi. Kasallik, hatto tegishli terapiya bo'lmagan taqdirda ham, yomonlashuv va yaxshilanish davrlari bilan sekin kechuvchi kursga o'tishi mumkin. Muolaja olmagan bemorlarda kasallikning 4-5 haftasida o'lim kuzatiladi. Ba'zan, kasallikning o'tkir rivojlanishi bilan, dastlabki soatlarda miya gipotenzivasi sindromi rivojlanishi mumkin va bu suvsizlanish, teri rangining sargayishi bilan namoyon bo'ladi. Miya gipotenzivasi shuningdek, davolashning 3-4-kunlarida haddan tashqari dehidratatsiya natijasida benzilpenitsillinning massiv dozalari bilan rivojlanishi mumkin, bu esa barcha oqibatlar bilan belgilangan terapiyaning samarasizligi bilan noto'g'ri hisobga olinadi. Ko'pgina bolalarda kasallik perinatal gipoksik ensefalopatiya fonida rivojlanadi va gipertenzion-gidrosefal sindrom bilan davom etadi.

Asoratlari.

- Miya shishi.
- O'tkir buyrak yetishmovchiligi.
- Infeksion-toksik shok.

Gemofilli meningit prognozi. Kasallikdan keyin 20-40% gacha bemorlarda asab tizimining o'chog'li zararlanish alomatlarini saqlanib qoladi (peshona-miyacha ataksiyasi, gemiparez, ko'ruv nervining atrofiyasi, neyrosensor eshitishning pasayishi, karlik). Bemorlarda o'lim 30% ga yetishi mumkin.

Pnevmonokokkli meningit

Kasallik uchrashi bo'yicha yiringli meningitlar tarkibida pnevmokokkli meningit, meningokokkli meningitdan keyin ikkinchi o'rinni egallaydi. Pnevmonokokkli meningitning o'ziga xos xususiyatlari kasallikning og'ir kechishi, asoratlarning juda tez rivojlanishi, yuqori darajadagi nogironlik va bemorlarning o'limi bilan tavsiflanadi. Antibiotiklar paydo bo'lishidan oldin meningitning ushbu shakli bo'lgan bemorlarning o'lim darajasi 100% ga teng bo'lgan.

Etiologiyasi. Meningitning qo'zg'atuvchisi-*Streptococcus pneumoniae* (pnevmonokokk).9-rasm.



9-rasm. Streptococcus pneumoniae.

Serologik geterogen bo'lib, 84 ta serovardan iborat. Patogen kulturasini birinchi marta Paster tomonidan ajratilgan (1881). Pnevmonokokk harakatsiz, spora va kapsula hosil qilmaydi, aerob yoki fakul'tativ anaerob bakteriya. Pnevmonokokk juft (diplokokk) yoki qisqa zanjirlar shaklida o'sadigan gram-musbat kokklar. Oval yoki lantsetsimon shaklda bo'lib diametri 1 mkm . Kapsulasi tarkibidagi murakkab polisaxaridlar pnevmokokklarning serotiplarini aniqlaydi. Klinik surtmada pnevmokokklar qalin

kapsula bilan o'ralgan holda juft bo'lib joylashadi. Qon yoki zardob qo'shilgan, 37 ° C haroratda 0,1% glyukozali muhitda yaxshi o'sadi.

Epidemiologiyasi. Infeksiya manbai kasal odamlar va tashuvchilardir. Pnevmonokokk infeksiyasi havo tomchilari orqali, masalan, yo'talayotganda (ayniqsa yaqin masofada), aksirganda yuqadi. Pnevmonokokkli infeksiya uchun mavsumiylik kuz-qish davrida ko'payish xosdir. Pnevmonokokkli yiringli meningitni birinchi marta 1909 yilda Netter tomonidan aniqlangan. Keyinchalik isbotlanganki, pnevmonokokkli meningit ko'pincha ikkilamchi bo'lib, nafaqat pnevmoniyani, balki yiringli otit, mastoidit, sinusit, o'tkir bakterial kardit, miokarditni kechishini murakkablashtiradi. Shunday qilib, S. L. Kipnisning statistik ma'lumotlariga ko'ra, pnevmonokokk meningitining 42 ta holatidan 18 tasida pnevmoniya aniqlangan. A. L. Dekel'manning kuzatuvlarida pnevmoniya meningitdan oldin kuzatilgan yoki 26,5% hollarda u deyarli bir vaqtning o'zida rivojlangan. L.K. Korovitskiy va R.P.Naumova pnevmonokokkli meningitli 63 bemorning 26 tasida pnevmoniya qayd qilingan.

Ammo, boshqa manbalar pnevmonokokk meningitida pnevmoniyaning kam foizini ko'rsatadi. Ko'pincha yuqumli o'chog'ni birlamchi lokalizatsiyasini aniqlash qiyin va nisbatan ko'p holatlarda pnevmonokokkli meningit asosiy kasallik sifatida qayd etiladi.

Kasallik manbai pnevmonokokkli infeksiyasining turli shakllari va sog'lom bakteriya tashuvchilar. Pnevmonokokklar tashqi muhitda keng tarqalgan bo'lib, ko'pincha yuqori nafas yo'llari mikroflorasining tarkibiy qismi xisoblanadi. Pnevmonokokkning o'ziga xos xususiyati antibiotiklarga chidamli shakllarining ko'pligi (20-30%). Pnevmonokokkli meningit rivojlanishidan oldin quyidagi yiringli yallig'lanish o'choqlar aniqlanadi:

- otit;
- gaymorit;

- pnevmoniya;
- mastoidit
- sinusit.

Ba'zi hollarda, yondosh kasalliklar pnevmokokk infeksiyasi rivojlanishiga sharoit yaratadi:

- Sog'lom odamlarda xavf 100000 aholiga 8,8 ni tashkil qiladi.
- Qandli diabet bilan og'riqan bemorlarda - 51,4.
- O'pka surunkali kasalliklari bo'lgan kattalarda - 62,9.
- Surunkali yurak kasalligi bo'lgan bemorlarda - 93,7.
- Saraton kasalligiga chalinganlar uchun - 300,4.
- OIV infeksiyasi - 422,9.
- Onkogematologik kasalliklarga chalingan bemorlarda - har 100000 kishiga 503,1.

Patogenezi. Pnevmonokokklar uchun kirish darvozasi burun-halqum va yuqori nafas yo'llarining shilliq qavati. Patogenlik omillari tufayli pnevmokokkni kirish joyida yallig'lanish jarayoni sodir bo'ladi. Kasallik rivojlanishining birinchi bosqichi yuqori nafas yo'llarining shilliq pardalarida pnevmokokklarning yopishishi va kolonizatsiyasi. Pnevmonokokk kapsulasining antigenlari o'pka to'qimasi va yukori nafas yo'llarining epitel iysiga yaqinligi mavjud. Bundan tashqari, qulay sharoitlarda (virusli infeksiya, ayniqsa gripp, gipotermiya, stress va boshqalar), pnevmokokkli infeksiyaning mahalliy yoki tarqoq shakllarini rivojlanishiga olib keladi. Virulentlikning asosiy omili kapsula pnevmokokkni fagotsitar va opsoninlarning mikrotsid ta'siridan himoya qiladi. Shuningdek, hujayra devoridagi holin o'z ichiga olgan texoy kislotasi bilan ifodalangan modda katta ahamiyatga ega bo'lib, u ma'lum bir tarzda C-reaktiv oqsil bilan o'zaro ta'sir qiladi. Ushbu jarayon komplement tizimini faollashishi, yallig'lanishning o'tkir bosqichi vositachilarining haddan tashqari chiqishi va neytrofil oq qon hujayralarini stimulyatsiyasi bilan birga keladi. Bu omillarning barchasi pnevmoniya, otit, gaymorit,

mastoidit, kardit va boshqalar rivojlanishi bilan birlamchi yallig'lanish markazini shakllantirish uchun sharoit yaratadi. Infeksiyaning asosiy markazidan pnevmokokk organizmda gematogen tarqaladi va endokard, bo'g'inlar, miya pardalari, o'pkalarga yallig'lanish rivojlanishi kuzatiladi. Patogenning gematogen tarqalishi asosan maxsus antitelalar va komplementning C4 komponentlarini yetishmasligidan kelib chiqadi, ularni yetishmasligi organizmni past bakteritsid faolligini aks ettiradi.

Klinika. Pnevmonokokkli infeksiyasining klinik shakllari xilma-xil: mahalliy tarqalish bilan - otit, faringit, bronxit, pnevmoniya; tizimli - meningit, sepsis, pnevmoniya, plevrit, artrit, endokardit. Bolalarda pnevmokokkli infeksiyaning eng keng tarqalgan klinik shakli o'tkir otit (30% dan yuqori), pnevmoniya (pnevmoniyaning 80% dan ortig'i) va meningit (barcha bakterial yiringli meningitlarning 20% gacha).

Klinikada pnevmokokkli meningitning uchta asosiy shakli ajratiladi:

1. O'tkir, Uotexauz - Fridriksen sindromi (fulminant shakl) varianti bilan (molnienos shakl);
2. Cho'zilgan shakl;
3. Qaytalanuvchi shakl

Pnevmonokokk infeksiyasining klinik shakllari xilma-xil:

Mahalliy shakllari:

- * otit ;
- * faringit;
- * bronxit;
- * pnevmoniya;
- * mastoidit;
- * sinusit;
- * gaymorit

Tizimli tarqoq shakllari:

- * Meningit va meningoensefalit;
- * Sepsis;
- * Plevrit;
- * Artrit;
- * Endokardit.

Meningitning klinik ko'rinishi umumiy infeksiyon, umumiy miya va meningeal sindromlar va laborator - orqa miya suyuqligidagi yallig'lanish o'zgarishlari bilan namoyon bo'ladi.

Xar bir sindromni batafsil ko'rib chiqamiz.

Umumiy infeksiyon sindrom. Kasallikning o'tkir boshlanishi, odatda tana haroratining febril sonlargacha ko'tarilishi (38-39C), titroq, lanjlik, teri rangining oqarishi, ovqatlanish va ichishni rad etish bilan xarakterlanadi. Yurak-qon tomir tizimida yurak tovushlarining pasayishi, yurak urish tezligining o'zgarishi va qon bosimining beqarorligi kuzatiladi.

- Umumiy miya sindromi.

Umumiy miya sindromiga xos bo'lgan xarakterli alomatlar:

- Kuchayib boruvchi qattiq, tarqoq bosh og'rigi;
- takroriy yoki ko'p marta , ovqatlanish bilan bog'liq bo'lmagan, yengillik keltirmaydigan qusish;
- xushning buzilishi (psixomotor qo'zg'alish, somnolentlik, sopor, koma);
- tirishishlar (alohida mushaklarning tortishidan, umumiy tirishishgacha);
- kalla vena tomirlarning kengayishi natijasida yaqqol ifodalanganligi ;
- qovoqlar vena tomirlarning yaqqol ifodalanganligi ;
- ko'z tubida vena tomirlarning kengayishi.

Yosh bolalarda quyidagi klinik ko'rinish kuzatiladi:

- monoton, miya qichqirig'i;
- katta liqildoqning shishishi va qattiqlashishi;
- Bosh suyagi choklarini ochilishi;

- Bosh suyagi perkussiyasida "yorilgan tuvakning ovozi" (Matseven simptomi).

3. Meningeal sindrom.

Eng muhim alomatlar:

- to'shakda bolaning majburiy holati (bemor yonboshda yotibdi boshi orqaga tashlangan, qo'llar tirsaklarga egilib tanaga keltirilgan, oyoqlari tizza va son bo'g'implariga yarim bukilgan);
 - Ensa mushaklarining taranglashishi;
 - Kernig simptomi (orqa tomonida yotgan bemor oyog'ini tizza va son bo'g'implarda to'g'ri burchak ostida bukib, tizza bo'g'imida oyoqni yozganda kiyinchilik bilan yozilishi)
 - Brudzinskiy yuqori simptomi (bo'yinni oldinga bukkanda, oyoqlarning tizza-son bo'g'imida bukilishi);
 - Brudzinskiyning o'rta belgisi: qov sohasida bosilganda oyoqlarning tizza-son bo'g'implarida o'z-o'zidan bukilishi;
 - Brudzinskiy pastki belgisi: bir oyoqni tizza-son bo'g'imida bukib qoringa yaqinlashtirganda ikkinchi oyoq-tizza son bo'g'imida bukiladi;
 - Lessaj simptomi. Bu asosan yosh bolalarda aniqlanadi (bolani ikkala qo'ltig'idan ko'targanda oyoqlari o'z-o'zidan tizza-son bo'g'imida bukiladi);
 - Simptom Mondonezi. Katta yoshli bolalarda aniqlanadi (yumilgan ko'z soqqasiga bosilganda og'riq bo'lishi);
 - Bexterev simptomi (yonoq ravog'iga perkussiya qilganda mahalliy og'riq);
 - umumiy giperesteziya;
 - giperakuziya;
 - fotofobiya;

Bolalarda to'liq meningeal sindromi kamdan-kam uchraydi. Doimiy ensa mushaklarning tarangligi va yuqori Brudzinskiy belgilari qayd qilinadi. O'rta va pastki Brudzinskiy va Kernig simptomlari kam uchraydi.

Pnevmonokokkli meningitning o'tkir shakllari asosan katta yoshdagi bolalar va kattalarda uchraydi. Ular to'satdan boshlanib, harorat 38 darajagacha ko'tariladi, kamroq juda baland nuqtalargacha, og'ir toksikoz umumiy miya simptomlari bilan (xush buzilishi) va ensefalitik reaksiyalar (qo'l va oyoqlar tremori, tirishishlar) bilan. Ko'pincha kasallikning birinchi kunlarida kranial nervlarning parezi (ko'pincha n. abducens va n. okulomotorius) aniqlanadi. Mono- va gemiparez kam uchraydi.

Yosh bolalarda tana haroratining 39-40°S gacha ko'tarilishi, yaqqol intoksikatsiya belgilari: umumiy zaiflik, teri rangining oqarganligi, periorbital sianoz, ovqatlanish va ichishdan bosh tortish, ko'krakni olmaslik. Bezovtalanish, kuchli bosh og'rig'i, takroriy qusish paydo bo'ladi. Yosh bolalar uchun monoton nola-yig'lash xarakterlidir, katta liqildoq shishgan va qattiqlashgan, boshning atrofini kattalashishi bosh suyagi choklarining ochilishi natijasi. Kasallikning 2-3-kunida meningeal simptomlar, bolalarda ayniqsa ensa mushaklarining tarangligi aniqlanadi. Ko'pgina bemorlarda kasallikning birinchi kunlaridan boshlab pnevmokokkli infeksiya meningensefalit shaklida davom etadi. Xushni tez buzilishi, takroriy tutqanoqlar, gemiparez, okulomotor buzilishlarlar, giperkinez va ataksiya shaklida namoyon bo'ladi. Asta-sekin, kasallikning 3-4-kunida tutqanoq-komatoz holati dislokatsiya va uzunchoq miya qisilishi rivojlanadi. Sepsis rivojlanishi bilan, boshqa a'zolarining zararlanishi kuzatiladi: terida gemorragik toshmalar, (meningokokksemiya tipida), pnevmoniya, endo va perikardit, artritlar, otit va mastoidit va boshqalar kuzatiladi. O'z vaqtida va adekvat davolansa, birinchi haftada bemorning ahvoli yaxshilanadi va ikki hafta davomida meningeal belgilar va umumiy miya simptomlari bartaraf bo'ladi. Ammo orqa miya suyuqligining tiklanishi 2-4 hafta keyin sodir bo'ladi. Ko'pincha bemorlarda kasallikni cho'zilgan yoki qaytalovchi kechishi kuzatiladi. Ko'pgina hollarda, pnevmokokkli

infeksiyasidan so'ng, prognoz yomon - bolalarning yarmida qo'pol nevrologik nuqsonlar, psixofizik rivojlanishning buzilishi qayd qilinadi. 28-50% holatlarda o'lim kuzatiladi va asosan miya shishi tufayli ko'pincha kasallikning dastlabki uch kunida kuzatiladi.

Mavjud birlamchi yallig'lanish o'chog'i (yiringli otit, mastoidit, sinusit, pnevmoniya, kardit) fonida yuzaga kelgan pnevmokokkli meningit o'tkir osti, kam simptomli boshlanadi, ammo juda og'ir kechadi va birlamchi meningitga nisbatan ko'proq o'lim bilan tugaydi. Kasallikning septik kechishida, terida gemorragik toshma paydo bo'ladi va toshma xarakteri va joylashuvi bo'yicha meningokokksemiyaning eslatadi. Ammo, kasallikning boshida toshmalar makulo-papulyoz bo'lishi mumkin va faqat kasallikning keyingi kunlarida gemorragikga aylanadi. Pnevmonokokkli meningit bilan og'rikan bemorlardagi toshmalar meningokokkli toshmalaridan farqli o'laroq, ular uzoq saqlanadi va asta-sekin o'tadi. Kasallikning salbiy oqibatlari, kech tashxis qo'yish va o'z vaqtida etiotrop davolash o'tkazilmaganligi natijasida yuzaga keladi. Bu pnevmokokkli meningitga xos bo'lgan kasallikning qaytalanishi, shuningdek, kasallikdan keyin 22-24% bolalarda nevrologik asoratlarning qolishi: karlik, ko'rlik, amneziya, falajlar va boshqa markaziy asab tizimining shikastlanish belgilari. Pnevmonokokkli pnevmoniya alomatlari isitma, yo'tal, nafas qisilishi, nazolabial uchburchak sianoz va ko'krak kafasida og'riq. Pnevmonokokkli yiringli meningitning belgilari - ensa mushaklarining tortishishi, qattiq bosh og'rig'i, isitma, xushining noanikligi va dezorientatsiya, fotofobiya. Pnevmonokokkli bakteriemiyaning dastlabki belgilari (qonni zaharlanishi va o'lim darajasi 50% gacha bo'lgan eng og'ir shakl) pnevmoniya va meningitning belgilariga o'xshash bo'lishi mumkin, shuningdek bo'g'imlarda og'riqlar va titroqlarni o'z ichiga oladi.

Pnevmonokokkli meningitning klinik ko'rinishida meningoensefalitik shakli va miya shishi ustunlik qiladi.

Kasallikning boshlanishidan 2-3 kungacha haroratning febril nuqtalargacha ko'tarilishi (39-40°C), doimiy bosh og'rig'i, takroriy qusish, meningeal simptomlar, tez xushni yo'qotish, tutqanoqlar va 3-4 kuni tutqanoq-koma sindromi. Orqa miya suyuqligini (OMS) tahlil qilishda salbiy oqibatlarining dastlabki belgilari oqsil-hujayrali dissotsiatsiya (OMS tarkibidagi oqsil miqdori 1 g/l dan ortiq, neytrofil pleotsitoz $100-200 \cdot 10^6 / l$ gacha), tutqanoq koma sindromi 12 soatdan ko'p, 4-5 kunda dekortikatsiya va deserebratsiya alomatlarining paydo bo'lishi. Pnevmonokok meningitida favqulodda holatlar 52% bemorlarda aniqlanadi, ularning tarkibida ustun (51%), miya shishi, (26% hollarda dislokatsiya sindromi bilan) va miya ichi gipertenziya sindromi (45%);

Orqa miya suyuqligidagi yallig'lanish sindromi. Suyuqlik 3 va 4-qorincha qon tomirlari turi (plexus chorioideus) tomonidan ishlab chiqariladi (0,35 ml/min, sutkasiga - 500-600 ml). Orqa miya suyuqligining ortiqcha ishlab chiqarilishi paxion granulyatsiyasi orqali orqa miya suyuqligi yumshok pardalarida surilishini keskin qiyinlashtiradi. Orqa miya suyuqligining bosimi maxsus monometr bilan o'lchanadi va millimetr suv ustuni bilan ifodalanadi (mm. suv. ust.) Yotgan holatda, lyumbal punksiya paytida orqa miya suyuqligining normal bosimi 100-150 mm suv ust. tashkil qiladi. Orqa miya suyuqligidagi bosim ko'pincha punktsion ignasidan bir daqiqaga oqib chiqadigan tomchilar soni bo'yicha hisoblab chiqiladi (norma 40-60 tomchi/min). Odatda, orqa miya suyuqligi shaffof, rangsiz. Unda mononukulyar hujayralar (limfotsitlar, monotsitlar) mavjud bo'lib, ularning soni yoshga qarab kamayadi va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda - 1 mkl da 20-25 hujayra; 6 oy da 1 mkl da 12-15 hujayra; 1 yoshda - 1 mkl da 1-5 hujayra. Orqa miya suyuqligidagi hujayralar tarkibining ko'payishiga pleotsitoz deyiladi. Orqa miya suyuqligidagi oqsil miqdori 0,20-0,33 g/l, shakar - 0,45-0,65 g/l, xloridlar - 7,0-7,5 g/l.

Miya pardalaridagi yallig'lanish orqa miya suyuqligida quyidagi o'zgarishlar bilan birga keladi:

- orqa miya suyuqligi bosimining oshishi - bu, odatda, oqimi yoki tez-tez tushishi, ehtimol kamdan-kam tomchi (oqsil miqdori ko'payishi yoki yallig'lanish ekssudati bilan pastki bo'shliqning bloklanishi natijasida);

- shaffofligi (loyqa) yoki rangning o'zgarishi (oq, sariq-yashil va boshqalar);

- neytrofilli pleotsitoz;

- oqsil miqdorini oshishi;

- qand va xloridlar miqdorini o'zgarishi

Pnevmonokokkli meningit diagnostikasi.

Pnevmonokokkli meningitning asosiy diagnostik mezonlari:

1. Epidemiologik anamnez: bemor yoki pnevmonokokk tashuvchisi bilan muloqot, havo tomchi va muloqot orqali infeksiyaning yuqishi, go'daklar va yosh bolalarda asosan kasallanish.

2. Pnevmonokokk tabiatidagi kasallikdan keyin (pnevmoniya, otit, sinusit) meningitning rivojlanishi.

3. Meningitning boshlanishi o'tkir bo'lib, tez rivojlanib boradi va keskin talaffuz etiladigan umumiy toksik sindrom bo'lib, u yuqori isitma, titroq bilan qattiq bosh og'rig'i, takroriy qusish, umumiy giperesteziya bilan namoyon bo'ladi.

4. Meningeal sindromi butun simptomlar majmuasining yig'indisi bilan tavsiflanadi, ko'pincha shish (miyaning shishishi) bilan kechadi.

5. Ko'p hollarda protsess miya to'qimasiga o'tadi va meningoensefalit rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi.

6. Markaziy asab tizimining tez zararlanishi, xushni buzilishi, umumiy infeksiyon va miya sindromlari, tarqoq tirishishlar va kranial nervlarning shikastlanishi.

7. Kasallikning og'ir kechishi xarakterlidir, ko'p hollarda cho'ziluvchan va qaytalanuvchi kechish, so'ngra o'lim kuzatilishi.

8. Qon va orqa miya suyuqligida yallig'lanish yaqqol namoyon bo'ladi, pnevmokokkni qon yoki orqa miya suyuqligidan bakteriologik ajratish etiologik tashxisni tasdiqlaydi.

Pnevmokokkli meningit laborator diagnostikasi.

1. Umumiy qon tekshiruvi. Periferik qonda leykotsitoz odatda qon formulasini yaqqol chapga siljishi yosh hujayralar va miyelotsitlarning ko'payishi, aneozinofiliya, EChTni 30-60 mm / soatgacha sezilarli darajada oshganligi aniqlanadi. Ba'zi hollarda kuzatilgan leykopeniya yomon prognostik belgidir.

2. Orqa miya suyuqligini tekshirish. Orqa miya suyuqligi loyqa, ko'pincha yashil rangga bo'yalgan, yopishqoq, cho'kmalar bilan, neyetrofilli pleotsitoz (1 mkl ga 500-1500 hujayra), oqsil miqdori sezilarli darajada oshgan (1-10 g/l) va glyukoza kamaygan.

3. Bakteriologik tekshiruv. Patogenni aniqlash uchun qon, balg'am, yiring va OMS qonli yoki zardobli agarga ekiladi.

4. Bakterioskopik tekshirish. Klinik material surtmasida neyetrofillar va gram-musbat diplokokklar (kamida 10 ta ko'rish maydonchasida) mavjudligi kasallikning pnevmokokk chaqirganidan dalolat beradi. Orqa miya suyuqligini bakterioskopik tekshirishda pnevmokokklar hujayradan tashqari va xujayra ichida gram-musbat diplokokklar shaklida topiladi.

Pnevmokokkni boshqa streptokokklardan farqlash uchun foydalaniladi:

a) optoxin sinamasi (streptokokklarning o'sishini to'xtatadi);

b) dezoksiholat sinovi (pnevmokokkning insulinni fermentatsiya qilish qobiliyati va safroga sezuvchanligi uni yashil streptokokklardan ajratib turadi);

c) orqa miya suyuqligidan ajratilgan pnevmokokk, uni kapsula antigenlarini aniqlaydigan lateks-agglyutinatsiya yoki koagglyutinatsiya reaksiyalari uchun tijorat reagentlari yordamida serotiplash kerak.

Yiringli bakterial meningit patogenlarining antigenlarini aniqlashning taniqli "madaniy bo'lmagan" usuli bu tegishli sinov tizimlaridan foydalangan holda lateks-agglyutinatsiya usuli. *N. meningitidis*, *S. pneumoniae* yoki *H. influenzae* antigenlariga o'ziga xos antikorlar bilan qoplangan lateks zarralari orqa miya suyuqligidagi bakterial antigenlar ishtirokida agglyutinatsiyalanadi va agglyutinatsiya natijasi vizual ravishda baholanadi. Barcha reaksiya taxminan 10 daqiqa davom etadi, reaksiya orqa miya suyuqligidagi jonli bakteriyalarning mavjudligini talab qilmaydi.

Pnevmokokli meningit differensial diagnostikasi.

Differensial tashxis yiringli meningit bilan o'tkaziladi. (4-jadval)

Davolash: 1. Etiotrop terapiya: pnevmokokk infeksiyasining eng xavfli shakli bu meningitdir. Pnevmonokokli meningitning empirik terapiyasini sefotaksimni 2 gr xar 6 soatda yoki seftriakson har 12 soatda 1 g dan, vankomitsin bilan birgalikda har 6 soatda 500 mg dan yoki har 12 soatda 1 g dan (agar bu hududda uchinchi avlod sefalosporinlariga chidamli *Streptococcus pneumoniae* shtammlari tarqalmagan bo'lsa). Bu kombinatsiya yaxshi, chunki sefalosporinlar pnevmokokklarning ko'pchilik shtammlariga qarshi faoldir va gematoensefal to'sig'i orqali yaxshi kirib boradi va barcha pnevmokokklar sezgir bo'lgan vankomitsin har doim ham u orqali o'tmaydi. Agar patogen benzilpenitsillina sezgir bo'lsa, davolanish benzilpenitsillin bilan sutkasiga 24 million TB infuziya yoki har 4 soatda m/o davom ettiriladi. Agar patogen benzilpenitsillina o'rtacha darajada cezgirlik ko'rsatsa, lekin sefotaksim va seftriaksonga sezgir bo'lsa, ushbu

antibiotiklarning biri bilan monoterapiya buyuriladi. Rifampitsin beta-laktam antibiotiklarining bakteritsid faolligini pasaytiradi, shuning uchun bu dorilarni birlashtirish mumkin emas. Davolashning umumiy davomiyligi 10-14 kun bo'lishi kerak.

2. Patogenetik terapiya: intoksikatsiyani pasaytirish, miya shishini kamaytirish, metabolik jarayonlarni, asosan oqsil va mineral (elektrolitlar) ni tiklash yiringli meningit uchun patogenetik terapiyaning bevosita va asosiy maqsadi.

3. Simptomatik davolash. Miya shishi profilaktikasi diuretiklar, osmodiuretiklar tomonidan amalga oshiriladi. Og'ir holatlarda glyukokortikosteroidlar buyuriladi. Harakat sohasini tiklash antiholinesteraza dori vositalari (neostigmin) yordam beradi. Qon tomir kasalliklari vazoaktiv, antiagregant vositalari tomonidan korrektsiya qilinadi; ruhiy buzilishlarda - psixotrop dorilar buyuriladi.

Asoratlari. Pnevmonokokkli meningit ayniqsa og'ir bo'lib, 5 yoshgacha bo'lgan 100 ming bolaga o'rtacha 8 holat uchraydi. O'rtacha, taxminan 83% holatlar 2 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida kuzatiladi. Ushbu kasallikning rivojlanishiga javob beradigan yuqumli vosita sifatida *Neisseria meningitidis* (meningokokk infeksiyasi) dan keyin ikkinchi o'rinda bo'lishiga qaramay, pnevmonokokkli meningit uchun prognoz yanada jiddiyroq. Turli xil etiologiyadagi bakterial meningit bilan solishtirganda aqliy rivojlanishdan orqada qolish, parez va paralichlar, epilepsiya va karlik kabi asoratlari pnevmonokokkli meningitda sezilarli darajada yuqori. Pnevmonokokkli pnevmoniya ko'pincha empiema bilan asoratlanadi (plevra bo'shlig'ida yiring to'planishi, o'pka to'qimalarining nafas olish yuzasining pasayishiga olib keladi), bu esa o'limga olib keladi (empiema holatlarining 2/3 holatigacha). 15 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida pnevmonokokkli pnevmoniya qayd qilinishi har 100 mingtaga 490 ta, 4 yoshgacha - 100 mingga 1060 holat.

Pnevmonokokkli bakteriemiya aksariyat hollarda (80% gacha) isitma alomatlari bilan, infeksiya o'chog'isiz sodir bo'ladi. *S. pneumoniae* keltirib chiqaradigan bakteriemiya holati yosh bolalarda 8-22% ni tashkil qiladi. Bu pnevmokokkli sepsis bo'lib, og'ir shok natijasida turli a'zolarining shikastlanishi pnevmokokk infeksiyasining eng og'ir va hayot uchun xavfli shakli hisoblanadi. 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda ushbu shaklning qayd qilinishi yiliga o'rtacha 9000 holatga to'g'ri keladi. O'lim darajasi 20-50% ga yetadi.

Natijalar. Pnevmonokokk meningitining natijalari asosan o'z vaqtida tashxis qo'yish va yetarli darajada davolanishga bog'liq. Agar ushbu qoidalarga rioya qilinmasa, kasallik uzoq davom etadi va ko'pincha o'lim bilan tugaydi. O'limning asosiy sababi meningoensefalit va uning asorati miya shishi. Yana bir sabab - markaziy asab tizimining shikastlanishi natijasida rivojlangan o'pka-yurak yetishmovchiligi. Va oxirgi sabab - bu markaziy asab tizimining shikastlanishi natijasida trombogemorragik sindromning rivojlanishi bilan septik jarayon.

Pnevmonokokkli meningit profilaktikasi. Vaksinatziya pnevmokokkli infeksiyalarining tarqalishi va o'limiga sezilarli ta'sir ko'rsatadigan yagona samarali usulidir. Pnevmonokokkli infeksiyaga qarshi vaksinaning xavfsizligi va samaradorligini tasdiqlagan holda, JSST va YuNISEF ushbu vaksinalarni bolalar uchun barcha milliy emlash dasturlariga kiritish zarur deb hisoblashadi. Shu bilan birga, shuni ta'kidlash kerakki, maksimal himoya effekti nafaqat xavf ostida bo'lgan bemorlarni emas, balki 2 yoshgacha bo'lgan barcha bolalarni ommaviy emlash bilan erishiladi.

1981 yildan boshlab pnevmokokk polisaxarid vaksinasi qo'llanilmoqda. 2000 yildan beri xalqaro amaliyotda yosh bolalarda pnevmokokk infeksiyasining immunoprofilaktikasi uchun pnevmokokk kon'yugirlangan vaksinalari qo'llanilmoqda.

JSST ma'lumotlariga ko'ra, pnevmokokk infeksiyasi barcha oldini olish mumkin bo'lgan vaksinalar bilan yuqadigan kasalliklar orasida eng xavfli hisoblanadi va universal emlash joriy etilgunga qadar har yili 1,6 million kishi o'limiga olib keldi, shundan 0,7-1 million bolalar edi, bu 5 yoshgacha bolalar o'limini 40 foizini tashkil etadi.

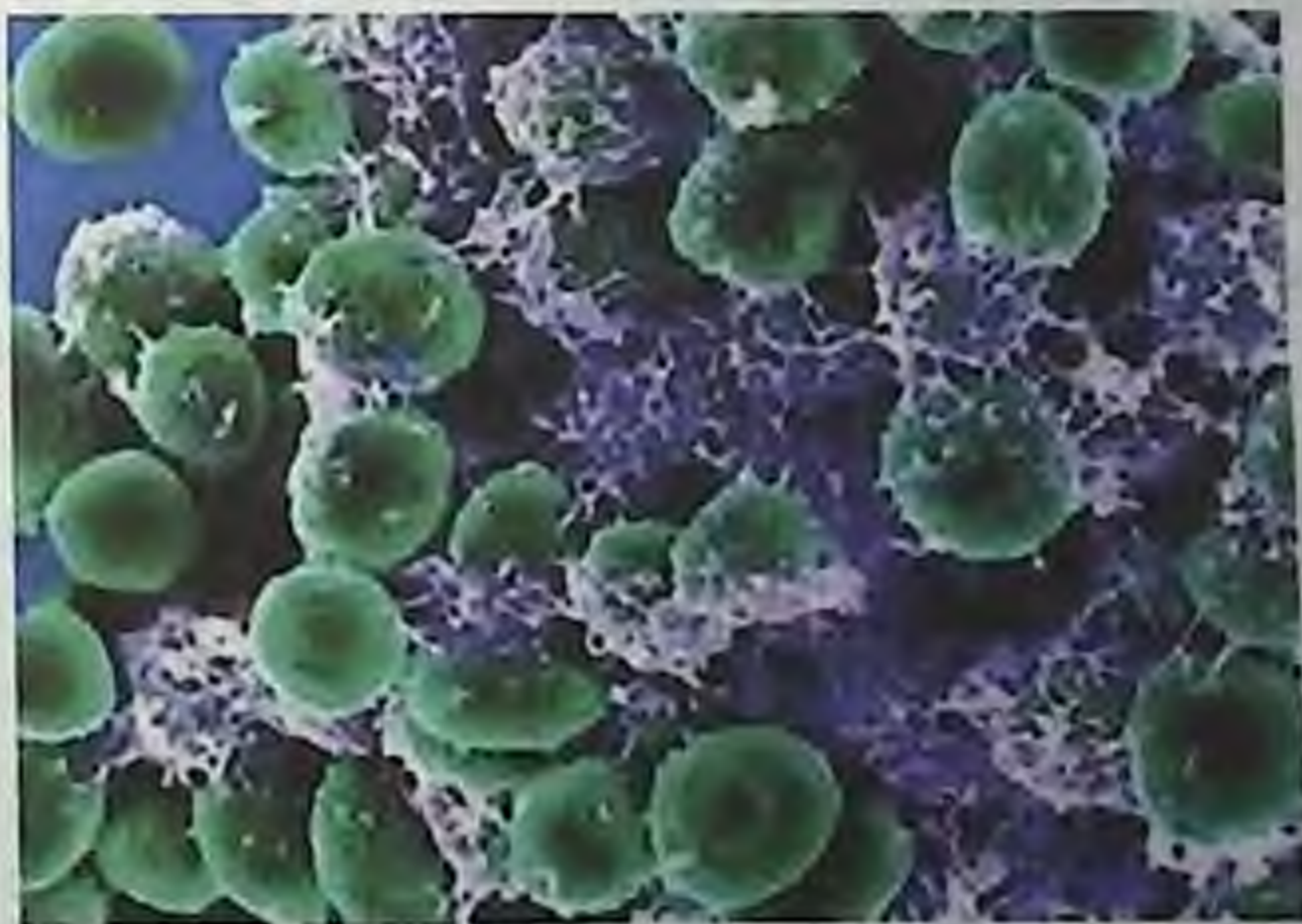
Bugungi kunda Rossiyada quyidagi vaksinalar ro'yxatga olingan: ikkita pnevmokokk polisaxaridli vaksinalar (10 valentli va 13 valentli - PKV10 va PKV 1C) va bittasi - 23 valentli polisaxarid (PPV23). Ikkinchisi 2 yoshdan oshgan bolalarda va kattalarda qo'llaniladi. Kon'yugat vaksinalari 2 oylik va 50 yoshdan katta bo'lganlarni emlash uchun tavsiya etiladi. PCV13 shuningdek, AQSh va Yevropa mamlakatlarida kengroq yosh guruhlarida foydalanish uchun ro'yxatga olingan (6 haftalik bolalar - 17 yosh va 18 yoshdan katta bolalar uchun).

2013 yilda Prevenar13 pnevmokokk kon'yugirlangan 13 valentli vaksina yilning eng yaxshi biotexnologik mahsuloti sifatida Galen mukofotiga sazovor bo'ldi. JSST ma'lumotlariga ko'ra, xalqaro tajriba shuni ko'rsatdiki, ommaviy emlash bolalardagi pnevmokokkli meningit va og'ir pnevmoniya bilan kasallanishni 80% ga kamaytiradi va barcha pnevmoniya va otit bilan kasallanishni uchdan bir qismidan ko'proqni tashkil qiladi. Bolalarda pnevmokokklarni tashish kamayadi, mos ravishda emlangan bolalar va kattalar kamroq kasallanadi. Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining prognozlariga ko'ra, 2030 yilga qadar pnevmokokk infeksiyasiga qarshi emlashdan dunyo miqyosida foydalanish 5,4-7,7 million bola o'limining oldini oladi. Emlash orqali pnevmokokk infeksiyasining oldini olish ushbu kasallikka qarshi kurashda eng oqilona yondashuv bo'lib qolmoqda. Bolalik infeksiyalari sohasidagi dunyoda yetakchi mutaxassislar bolalarga emlashning milliy jadvaliga hayotning birinchi oylaridan boshlab pnevmokokk vaksinalarini kiritish zarurligini ta'kidlamoqda. Bu

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti, milliy emlash va emlash qo'mitalari, sog'liqni saqlash vazirliklarining maslahat kengashlarida rasmiy tavsiyalarda o'z aksini topgan, ular pnevmokokk emlashlari bolalar uchun emlashning standart jadvalining bir qismi bo'lishi kerak. O'zbekistonda pnevmokokk vaktsinasi 2015 yildan boshlab milliy emlash taqvimiga kiritilgan. Vaktsinatsiya 2 oylikdan 3 marta (2, 3 oyligida va 1 yoshda) emlanadi. Immunitet tanqisligi bo'lgan yoki immunosupressiv davolashni oladigan, o'pkaning surunkali kasalliklari, jigar, buyraklar, qandli diabet, bronxial astma, o'tkir otit, meningit, pnevmoniya, sil bilan kasallangan bolalar uchun tavsiya etiladi; xavf guruhidagi kattalar (olib tashlangan taloq, nefrotik sindrom, o'roqsimon hujayrali anemiya bilan).

Stafilokokkli meningit

Stafilokokkli meningit - stafilokokkli infeksiyaning bir ko'rinishi bo'lib yiringli meningitlarni 1 -3% tashkil qiladi. Ushbu meningitning xarakterli xususiyatlari kasallikni og'ir kechishi, abscess berishga moyillik, ko'p hollarda likvor yo'llarining bekilishi va oqibatlarining yomonligi bilan ajralib turadi.



10-rasm. Stafilokokklar.

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisi *Staphylococcus aureus* va *Staphylococcus epidermidis* bo'lib, (10-rasm) kasallik ikkilamchi infeksiya hisoblanadi. Stafillokokkli meningit kishining yoshidan qat'iy nazar hammaga yuqishi mumkin, ayniqsa yangi tug'ilgan chaqaloqlarga. Baъzi maълumotlarga ko'ra yangi tug'ilgan chaqaloqlarda 8 % ushbu kasallik aniqlangan.

Epidemiologiya: Xavf guruhiga asosan kimyoterapiya olgan, uzoq muddat sitostatiklar, antibiotiklar qabul qilgan yosh bolalar moyil bo'ladi. Tipik stafillokokkli meningit yiringli o'choq bor joydan yiringli kasalliklar oqibatida hamda kamdan kam holatlarda gematogen kelib chiqishi mumkin. Kasallikni bunday ajratish biroz nisbiy. Ko'pincha teri qoplaminin yengil, ko'zga ko'rinmaydigan zararlanishi stafillokokk infeksiyasining yuqishiga, hamda kasallik rivojlanishiga sabab bo'ladi. Tillorang stafillokokk odamning tanasida uchraydigan normal mikroflora hisoblanadi. Infeksiya manbai bemor odam va stafillokokk tashuvchisi hisoblanadi. "Sog'lom" tashuvchilar yer yuzidagi insonlarning 30 %ni tashkil qiladi. Yuqish yo'li havo tomchi, kontakt va alimentar yo'l orqali yukadi. Eng xavfli tashuvchilar bu tibbiy xodimlar, hamda teri qoplamalari va yuqori nafas yullarining stafillokokkli kasalliklar bilan og'rigan bemorlar hisoblanadi. Stafillokokkli meningit bilan ko'pincha yangi tug'ilgan chaqaloqlar va turli perinatal kasalliklar bilan og'rigan uch oylikgacha bo'lgan bolalar kasallanadi.

Patogenezi. Qo'zg'atuvchining bosh miyaga qanday yo'l orqali yuqishiga qarab: kontakt, gematogen, va travmadan keyingi stafillokokkli meningitlarga bo'linadi. Kontakt formasidagi stafillokokkli meningitlar to'g'ridan -to'g'ri bosh miyaga o'tishi natijasida kasallik kelib chiqadi. Bu jarayon yallig'lanish o'chog'i markaziy asab sistemasi yaqinida joylashganda rivojlanadi: etmoiditda, bosh yoki yuz flegmonasi, bosh yoki umurtqa suyagining osteomieliti, otit, (11-rasm) miya absessi, epidural o'simta va subdural gematomalarda;



11-rasm. Meningit sababi yiringli otit bo'lishi mumkin.

ba'zan jarroxlik paytida yuqishi mumkin. Travmadan keyingi meningitlar bosh va yuz suyagi shikastlanishi natijasida rivojlanadi, bunda nafaqat suyak qoplaminig yaxlitligi buziladi, balki o'tkazuvchanlik ham oshadi, natijada stafilokokklarning markaziy asab tizimiga kirib borishi uchun sharoit yaratiladi. Eng og'ir turlardan biri gematogen meningitlar hisoblanib, u bolalarda uchraydigan yiringli kon'yuktivit, stafillodermiya, omfalit, enterokolitdan keyin rivojlanadi. Gematogen turidagi stafilokokkli meningitning rivojlanishi uchun hujayra va gumoral immunitetning pasayishi va GET o'tkazuvchanligining ortishi bilan birga kamida bitta infeksiya o'chog'i bo'lishi kerak. Qonda patogen qo'zg'atuvchining aylanishi hujayra devori tarkibiy qismlarining, bakteriyalar, toksinlar va boshqa zaharli moddalarning proteolitik fermentlarining bevosita ta'siri natijasida va bilvosita biologik faol moddalarning qonda: gistamin, kallikrein, bradikinin, proteaza va boshqalarni faollashishi va oshishi natijasida gemodinamika va mikrosirkulyatsiya buziladi, metabolik kasalliklar yuzaga keladi, bu esa o'z navbatida hujayra va qon tomir membranalarining, GET o'tkazuvchanligining oshishiga va stafilokokklarni markaziy asab tizimiga o'tishiga olib keladi(12-rasm).



12-rasm. *Stafilokokkli meningitda miya pardalaridagi o'zgarishlar.*

Stafilokokkli meningit klinik ko'rinishi. Meningit klinikasi uchun o'tkir boshlanish, meningeal sindromning tez rivojlanishi, talvasalar va o'chog'li nevrologik alomatlar bilan tavsiflanadi. Kasallik bemorning og'ir septik holati fonida o'tkir, to'satdan boshlanadi. Tana harorati $39-40^{\circ}\text{S}$ ga ko'tarilganda (gektik isitma) meningeal sindrom yaqqol ifodalangan, kattalarda alahsirash, bolalarda talvasalar, bosh og'rig'i va qusish kuzatiladi. Bemorning ahvoli jiddiy: umumiy bezovtalanish, doimiy uyquchanlik bilan almashinadi, qo'l va oyoqlarda tremor, terining giperesteziyasi kuzatiladi. Bemor xushining buzilishi karaxtlikdan- komagacha, meningeal sindromi har doim ham yaqqol ifodalanmagan, parez va falaj bilan o'chog'li nevrologik alomatlar tezda kuchayadi. Chaqaloqlarda katta liqildoq shishadi va qattiqlashadi, giperesteziya, qo'llarda tremor, tirishishlar, tez-tez qusish va ishtaxasizlik paydo bo'ladi. Meningitning og'ir shakllarida ensefalit belgilari o'chog'li nevrologik belgilar bilan namoyon bo'ladi. Ko'p hollarda 3, 5, 7, 9 juft nervlar zararlanadi. Ko'pincha, bemorda stafilokokkli septik holat sababli meningitining tipik klinik ko'rinishi yaqqol namoyon bo'lmay qoladi. Ushbu holatda yangi tug'ilgan chaqaloqlarda meningeal simptomlari yo'q yoki kam ifodalangan bo'ladi. Bunday hollarda bemorlarni davolash jarayonida

umumiy ahvolini og'irlashishi, umumiy giperesteziyaga, iyak va qo'llarning tremori, tez-tez qusish, ko'krak emmasligini etiborga olib meningitga gumon qilish mumkin. Kasallikni kechishi davomli, cho'ziluvchan, retsidivlovchi bo'lib, ko'p hollarda turg'un nevrologik buzilishlar kuzatiladi. Sababi kasallikni stafilokok bilan birga zamburug ham chaqiradi (mikst infeksiya).

Stafilokokkli meningitning o'ziga xos kechish xususiyatlari quyidagilardan iborat:

- a) Bosh miyada abscesslar va likvor aylanish yo'llarining bitilishi sababli gidrosefaliya rivojlanishi;
- b) Stafilokokklarning antibiotiklarga sezgir bo'lmagan shtammlarining ko'pligi va ularning davolanish jarayonida yanada ko'payishi;
- c) Birlamchi o'choqni yo'qotishning qiyinligi;
- d) Infeksion- toksik shokning rivojlanishi;

Stafilokokkli meningitni davolashda ushbu xususiyatlarni hisobga olish zaruriy shartdir. Biroq, ko'pincha amalda, stafilokokkli meningitni davolashda birlamchi o'choqqa ahamiyat berilmaydi. Ammo to'liq davolanmagan birlamchi o'choq sababli kasallikni cho'ziluvchan va retsidivli kechishiga sababchi bo'ladi. Stafilokokkli meningitda o'lim 30-40%, xattoki 60% gacha bo'lishi mumkin. Davlashdan keyin qoldiq asoratlar ko'pincha qayd etiladi, ba'zida miya abscesslari rivojlanadi.

Stafilokokkli meningit diagnostikasi. Stafilokokkli meningitning asosiy diagnostik mezonlari:

1. Epidanamnez: kasallik birlamchi o'choq yoki tarqoq stafilokokk infeksiyasining mavjud alomatlari fonida, kontakt yoki gematogen tarqalish yo'llari orqali rivojlanadi; asosan yangi tug'ilgan va 3 oygacha chaqaloqlar kasallanadi;
2. Kasallik o'tkir, yuqori isitma va varaja, umumiy infeksiya va umumiy miya simptomlari bilan boshlanadi;

3. Meningeal sindromining tez rivojlanishi, komaga qadar xush buzilishi, parez va paralich bilan og'ir, o'chokli nevrologik simptomlarning shakllanishi bilan tavsiflanadi;

4. Kechishining o'ziga xos xususiyati - miyani ko'p joylarida abscesslar paydo bo'lishi va miya suyuqligi yo'llarida blokning shakllanishi;

5. Meningitni davomli, cho'ziluvchan kechishi, yuqori o'lim darajasi va ko'p hollarda turg'un nevrologik asoratlari qoldiradi.

Laborator diagnostikasi.

Periferik qonda leykotsitoz, neytrofillyoz, formulaning chapga siljishi, miyelotsitlar paydo bo'lishi, EChT sezilarli darajada oshadi.

Orqa miya suyuqligini tekshirganda, u loyqa, kulrang, ko'pincha sarg'ish yoki yashilsimon rangga ega, oqsil miqdori yuqori (3-9 g/l), o'rtacha pleotsitoz 1 mkl 1,2-1,5 ming, asosan neytrofillar tufayli, glyukoza ozroq pasaygan. Bakteriologik tahlil uchun qon, yiring, balg'am, tomoq va burunning shilliq qavatlaridan namuna, orqa miya suyuqligi va najas ekiladi.

Stafilokokkli meningitli bemorlarni davolash ancha qiyin, infeksiyaning birlamchi o'chog'ini yo'q qilishning murakkabligi, kasallikning antibiotik bilan davolay olmaydigan miya abscesslarini shakllanishga moyilligi va patogen (stafilokokk) ko'pchilik antibakterial preparatlarga va avvalo, penitsillinlarga chidamligi. Boshqa tomondan, stafilokokklar juda sezgir bo'lgan dorilar (aureomitsin, eritromitsin, novomitsin) gemato-ensefalitik to'sig'idan o'tish qobiliyatining pastligi bilan ajralib turadi, bu albatta yiringli meningitli bemorlarda ulardan foydalanish imkoniyatini istisno qiladi. Shuning uchun stafilokokkli meningitni davolashda, boshqa shaklda bo'lmaganidek, antibiotikni tanlash nafaqat tarqalish darajasi, ya'ni qonning va orqa miya suyuqligidagi preparatning kerakli kontsentratsiyasini yaratish qobiliyati, balki antibiotikni klinik natijalari bilan ham belgilanadi. Ko'pincha stafilokokk septisemiyasi bilan kechadigan kasallikning o'ta jiddiyligi ikkita, ba'zan uchta antibiotikni bir vaqtda qo'llash zarurligini belgilaydi.

Davolash kompleks tarzda olib boriladi. Kasallik og'ir o'tganligi sababli ikkita, xattoki 3ta antibiotik buyuriladi. Antibiotikogrammadan keyin asosiy antibiotikdan tashqari tetratsiklin 50000-100000 TB/kg, levomitsetin suksinat natriy 50-100 mg/kg 4 mahal sutkaga. Stafilokokkni oksatsillinga sezgir shtammlari bo'lsa 12-16 g/sutka buyurish mumkin. Alternativ preparat vankomitsin va teykoplanin. Davolash samarasi kasallikni vaqtida aniqlash va stafilokokkga qarshi maxsus preparatlarni erta qo'llashga bog'liq. Bemor parvarishi ham katta ahamiyatga ega. Bakterial meningitlarning etiotrop antibakterial terapiyasi №3 jadvalda keltirilgan.

Antibiotiklardan kanamitsin va gentamitsin polusintetik penitsillin guruhidagi antibiotiklar bilan birga (metitsillin, oksatsillin, ampioks) qo'llash, olemorfotsiklin, seporin, eritromitsin fosfat venaga, fuzidin bilan oleandomitsin. Seftriakson 100 mg/kg 2 mahal sutkada. Antibiotiklarni ehtiyotkorlik bilan, organizmni himoya vositalarini stimullovchi va ekologik balansni tiklovchi preparatlar bilan birga qo'llash kerak. Kasallikni o'tkir davrida passiv immun preparatlari - donor qonini to'g'ridan-to'g'ri qo'yish, antistafilokokk zardobi, immunoglobulin parenteral qo'llash yaxshi natija beradi. Proteoliz ingibitorlari-kontrikal (trasilol), sintetik vositalar-amben va shunga o'xshashlar qo'llash. Buzilgan modda almashinuvini korrektsiyasi, simptomatik vositalar qo'llash. Ko'rsatma bo'yicha (flegmona, pnevmoniya va b.) xirurgik davo o'tkazish. Bemorni umumiy holatini yaxshilash maqsadida aktiv immunizatsiyani faollovchi-stafilokokk anatoksini, autovaksina, stafilokokk bakteriofagi qo'llash. Immunogenezni faollashtirish uchun prodigiozan, lizotsim, xlorofillipt buyuriladi. Ushbu preparatlarni aktiv biologik preparatlar-laktobakterin, bifikol, bifidobakterin, metatsil va vitaminlar bilan birga qo'llash kerak.

2. Patogenetik terapiya.
3. Simptomatik terapiya.

Bakterial meningitlarning etiotrop-antibakterial terapiyasi

Etiologiyasi	Tanlov preparatlar	Alternativ preparatlar	Zaxira preparatlar
N.Meningitidis	Penitsillin 300-500000 kg/tana ogirlikiga, sutkasiga m/i har 4 soatda Seftriakson 50-100 mg/kg dan kuniga 2 mahal t/i Sefotaksim 200mg/kg/sut*4mahal (8-12 g/sutkasiga)	Levomitsetin-suksinat 80-100mg kg/sut*4 m/sut(kattalar uchun 1,5g*3 m/sut Sefepim v/v 2G*3r/sut	Tsiprofloksatsin 1200mg/sut/2m/kuniga- Pefloksatsin 800mg 2 mahal yuborish uchun Meropenem 2g*3 g/sutka
Str.pneumoniae	Penitsillin 300 -500000 kg/tana ogirlikiga sutkasiga m/i har 4 soatda Seftriaksion 4gr 1 raz/sut t/i Bolalarga 100mg/kg kuniga bir marta Sefotaksim 200 mg/kg/sut*4 mahal sutkasiga (8-12 g/sut)	Levofloksatsin 500 mg 2 m/sut v/v Amplitsillin 300 mg/kg t/i 6 m/sut Vankomitsin 1g 2-3 mahal t/i va endolyumbal yuborish	Meropenem 2g*3 mahal t/i Rifampitsin 900mg kuniga 2 martaga yuborish Vankomitsin endolyumbal yuborish Sefipim t/i 2gr* 3 mahal
H.influenza	Seftriakson 4 gr t/i 2 mahal sutkasiga Bolalar uchun 200mg/kg/sutkasiga*2 mahal	Tsiprofloksatsin 1200-mg/kuniga t/i 2 mahal sutkasiga Sefipim t/i 2 g dan/3mahal kuniga	Meropenem 2g*3mahal sutkasiga t/i Levomitsetin suksinat 80-100 mg/kg/ sutkasiga 4 mahal (kattalar uchun 1,5 g.4 mahal)
Staph.aures	Seftriakson 4g/kuniga t/i 2 mahal. Bolalar:100mg/kg kuniga Sefotaksim 200 mg/kg/kuniga* 4mahal. (8-12 g/sut) Siprofloksatsin 1200 mg/sutv/v 3 marta yuborishga	Vankomitsin 1g*3 mahal t/i va endolyumbal yuborish Linezolid 0,6gr 2 mahal ,endolyumbal yuborish	Meropenem 2grdan 3 mahal t/i va endolyumbal yuborish
M.tuberculosis	Izoniazid 5-10mg dan/kg,streptomitsin 0,75-1 g sutkasiga birinchi 2 oylikda,etanbutol 15-30 mg/kg sutkasiga	Rifampitsin 600-900 mg/sut bir marta	Tseftriakson 4,0 g/sut t/i Vankomitsin 1g*2 mahal t/i sutkasiga+endolyumbal

Bakterial meningitlar diagnostikasi

Meningit simptomlarini baholash va diagnozni aniqlash nevrolog ishtirokida o'tkazilishi kerak. Meningit (meningoensefalit) bilan bir qator klinik patogenetik sindromlar va yuqumli kasalliklarga xos bo'lgan alomatlar aniqlanadi: umumiy intoksikatsiya, isitma, ekzantema va enantema, limfadenopatiya, jigar va taloqning kattalashishi, turli organlar va tizimlarning funksiyalarini o'zgarishi. Bu meningitni yuqumli bo'lmagan kasalliklardan qiyosiy tashxislash imkonini beradi, hatto pregospital bosqichda ham.

Meningit tashxisini tasdiqlash uchun orqa miya suyuqligini tekshirish kerak (OMS). Orqa miya punksiyasini bajarish uchun ko'rsatma, meningeal simptomlarning paydo bo'lishi, ular yengil ifodalangan bo'lsa ham. Odatda, OMS shaffof va rangsiz bo'lib, bemorning holatida qarab 100 dan 200 mm gacha suv bosimiga teng bo'ladi (0,98-0,96 kPa), tarkibida $(2-10) \times 10^6 / l$ limfotsitlar, 0,23-0,33 g/l oqsil, xloridlar 120-130 mmol/l, shakar 0,42-0,60 g/l. OMSdagi yallig'lanish o'zgarishi meningitni tashxislash uchun juda muhimdir. Pleotsitozni, hujayra tarkibini, oqsil darajasini, shakar va xlorid kontsentratsiyasini aniqlash meningitni differensial tashxislashda birinchi qadamdir. Yiringli meningitda neytrofillar soni bir necha mingdan oshishi bilan tavsiflanadi yoki umuman sanab bo'lmaydigan darajada. Serozli meningitlarda limfotsitlar soni oshib ketadi, subaraxnoidal qon quyilishda eritrotsitlar aniqlanadi. Bir xil miqdordagi neytrofillar va limfotsitlar bo'lsa, orqa miya suyuqligini takroran tekshirish kerak. Orqa miya suyuqligining tarkibi dinamikasi bemorning holatidagi o'zgarish dinamikasini aks ettiradi. Yiringli meningitlarda limfotsitlarga nisbatan neytrofillar sonining ko'payishi prognozning yomonlashayotganligidan dalolat beradi, ko'rsatkichlarning teskari surati kasallikning ijobiy kechishini ko'rsatadi. Yiringli meningit bilan orqa miya suyuqligidagi oqsilning sezilarli darajada ko'payishi odatda kasallikning noqulay kechishini

va bemor uchun jiddiy prognozni ko'rsatadi. Glyukozaning pasayishi silli meningitga xosdir. Orqa miya suyuqligidagi deyarli nol glyukoza leptomeningitdan dalolat. Meningitni laboratoriya diagnostikasida eng muhim rol orqa miya suyuqligi, qon va likvor suyuqligini bakteriologik o'rganishdir. Shoshilinch tashxis qo'yish uchun IFA usuli qo'llaniladi. Turli yosh guruhlaridagi bakterial meningitning etiologik omillari turli xil bakterilar tomonidan chaqiriladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda B guruhidagi streptokokklar, listeriya, esherixiya koli va Pseudomonas aeruzenoz ko'pincha ustunlik qiladi. 1 yosh va undan katta yoshdagi bolalarda birinchi navbatda meningokokklar, undan keyin gemofil batsillus va pnevmokokklar turadi. Yosh bemorlarda meningokokklar va pnevmokokklar deyarli bir xil sonda kasallik chaqiradi. Katta yoshdagi guruhlarda pnevmokokklar va ba'zan listeriyalar ustunlik qiladi. Orqa miya punksiyasiga qarshi ko'rsatma ko'ruv nervlari diskklarida turg'unlik va bosh miya o'smalari.

OMS talqini: Orqa miya suyuqligining umumiy klinik tahlili punksiyadan keyin 3 soatdan kechiktirmasdan o'tkazilishi kerak. Orqa miya suyuqligini tekshirish uchun odatda lyumbal punksiya qo'llaniladi. Birinchi 5-7 tomchi suyuqlik to'kib tashlanadi chunki uning tarkibida qon bo'lishi mumkin. Orqa miya suyuqligi 2 ta steril probirkada olinadi, birinchi probirkadagi suyuqlik umumiy va biokimyoviy tahlil uchun va, ikkinchisi fibrinli plyonkani aniqlash uchun. Agar kerak bo'lsa, uchinchi sinov uchun suyuqlik olinadi. Probirkalarni raqamlash va mahkam yopish kerak. Orqa miya suyuqligini tebranish va namlik haroratidagi sezilarli o'zgarishlarga yo'l qo'ymaslik kerak, chunki bu tahlil natijalarini o'zgartirishi mumkin.

1 Orqa miya suyuqligining(OMS) rangi. Odatda, OMS rangsiz bo'lib, tashqi ko'rinishi suvdan farq qilmaydi. Markaziy asab tizimining kasalliklarida OMS rangi ksantoxromdan - jigarranggacha o'zgarishi mumkin. Rangni aniqlash uchun OMS distillangan suv bilan

taqqoslanadi. Qizil rang, qoida tariqasida, o'zgarmagan qon aralashmasidan kelib chiqadi (eritrotsitlar). Punksiya paytida qizil rangli suyuqlik chiqishi qon aralashganligi alomati(eritrotsitorraxiya). Punksiya vaqtida likvorda qon qo'shilishi, bu *yo'ldagi* qon deyiladi. Orqa miya punksiyasi paytida suyuqlik ozroq olinganda likvor da *yo'ldagi* qon bo'lsa u tozalanadi.

2 Orqa. miya suyuqligining shaffofligi. Odatda, likvor suyuqligi tiniq bo'lishi kerak. Shaffoflikni baholash olingan materialni distillangan suv bilan taqqoslash orqali amalga oshiriladi. Likvorning loyqaligi uning tarkibida hujayralar va to'qima elementlari ko'pligini ko'rsatadi. Agar sentrifugadan keyin OMS shaffof bo'lib qolsa, u holda xiralashish asosan shakllangan elementlar, agar bulutli bo'lsa - mikroorganizmlar bilan bog'liq. Fibrinogen ko'payganda, OMS ning yengil loyqalanishi kuzatiladi.

3. Fibrinozli parda. Odatda, OMSda fibrinogen deyarli yo'q. Likvor tarkibida ozroq fibrinogen bo'lsa suyuqlikda nozik to'r xosil bo'ladi. Agar OMS tarkibida eritrotsitlar . bo'lsa, unda fibrinoz plyonka hosil bo'lmaydi.

4. Orqa miya suyuqligidagi bosim. Punksiyadan keyin etibor beradigan birinchi narsalardan biri bu oqadigan likvor bosimidir. Orqa miya suyuqligidagi bosim bemorning o'tirgan holatida 200-250 mm suv ustuni atrofida va bemorning yotgan holatida 100-140. Ba'zida orqa miya suyuqligining bosimi ignadan OMS oqimining taxminiy bahosi bilan baholanadi. Oddiy bosim ostida bemorning yotgan holatida orqa miya suyuqligi taxminan 40- 60 tomchi tomadi. Ko'tarilgan intrakranial bosimda likvor avval oqim bilan keyin tez-tez tomib tushadi.

5. Tiniqligi. Yiringli meningitlarda OMS loyqa va ozroq loyqalikdan to yashilsimongacha bo'ladi. Ba'zan likvor ksantoxrom rangli va 1-2 soatdan keyin yuzida qalin fibrinoz tur paydo bo'ladi. Sababi fibrinni cho'kishi. OMS rangiga asoslanib meningit etilogiyasini gumon qilish mumkin:

- xiralashgan, sutsimon-meningokok;
- oqish -kukimtir-pnevmokokk;
- yashilsimon-ko'k-yiringli tayoqcha;

Ba'zi hollarda neytrofillar soni $12 * 10^9 / l - 30 * 10^9 / l$ gacha.

6. Oqsil. Orqa miya suyuqligidagi oqsil miqdori normada 0,20-0,33 g/l. Bakterial meningitlarda oqsil miqdori 3-4 martadan 20 martagacha oshadi. Albatta, orqa miya suyuqligining tiklanishi bilan ko'rsatkich kamayadi. Shuni ta'kidlash kerakki, oqsil kontsentratsiyasi bilvosita kasallik yoki asoratlarni aks ettiradi. Shunday qilib, kasallikning tuzalish davrida oqsilning yuqori kontsentratsiyasi mavjudligi yiringli meningitning intrakranial asoratini ko'rsatadi. Oqsil kontsentratsiyasining maksimal qiymatgacha oshishi pleotsitozning ko'payishi bilan bir vaqtda kuzatiladi. Xuddi shunday, pleotsitozning kamayishi bilan umumiy oqsil ko'rsatkichi ham kamayadi. Shuni ta'kidlash kerakki, yuqori oqsil darajasi bir vaqtning o'zida kam pleotsitoz bilan, noqulay prognozni ko'rsatadi.

7. Biokimyoviy ko'rsatkichlar. Yiringli meningitda biokimyoviy ko'rsatkichlar me'yoridan sezilarli darajada o'zgarishi bilan birga keladi:

OMS glyukoza ko'rsatkichi ko'p meningitlarda normada yoki ozroq pasayadi. Faqat silli meningitda glyukoza kontsentratsiyasi keskin kamayadi.

Orqa miya suyuqligining normal ko'rsatkichlari 5-jadvalda keltirilgan.

8 Orqa miya suyuqligidagi oqsil-hujayrali dissotsiatsiyasi. Oqsil-hujayra dissotsiatsiyasi (ya'ni normal sitoz sharoitida oqsil miqdorining ko'payishi) miya o'smalariga xosdir. Hidrosefaliyada oqsil miqdorini kamligi (0,16-0,2%) kuzatiladi. Hujayra-oqsil dissotsiatsiyasi (oqsil tarkibining normal yoki o'rtacha darajada ko'payishi bilan hujayralar sonining ko'payishi) asab tizimining yallig'lanish kasalliklariga xosdir. Yuqori sitoz (1 mm.kub da 150 dan

bir necha minggacha hujayralar) har xil etiologiyali o'tkir meningitda, o'rtacha sitozi (1 mm kub da 10 dan 100 gacha hujayralar) - araxnoidit, ensefalit, neyrosifilis va boshqa kasalliklarda kuzatiladi. Serozli meningitda orqa miya suyuqligida hujayralar sonining ko'payishi limfotsitlar, yiringli meningitlarda neytrofil hujayralar tufayli, sistitserkozda eozinofillar, o'smalarda - o'simta hujayralari hisobidan ko'payadi.

9. Xloridlarning kontsentratsiyasi odatda o'rtacha darajada kamayadi (silli meningitda xlor kamayishi aniqroq bo'ladi), orqa miya suyuqligida bakterial meningit uchun boshqa elektrolitlar kontsentratsiyasi o'zgaruvchan.

Bakterial meningitlarning laborator diagnostikasi bosqichlari

1. Likvordan surtma tayyorlash. Bir tomchi orqa miya suyuqligi sentrifugadan keyin pastki qatlamidan buyum oynachasida tomiziladi va xona haroratida yoki 37 ° S haroratda termostatda quritiladi. Keyin, preparatga bo'yoq (metilen ko'kning suv-spirtli eritmasi) tomiziladi va 2 daqiqadan so'ng kran suvi bilan yaxshilab, ammo ehtiyotkorlik bilan yuviladi. Preparat immersion mikroskopda kamida 20 ta ko'rish maydonchasiga yoki morfologik jihatdan aniq mikrob hujayralar aniqlangunga qadar ko'riladi.

2. Qonning "qalin tomchi" preparatini tayyorlash. Buyum oynachasiga bir tomchi qon tomiziladi va toza steril aplikator yordamida 2-2,5 sm kattalikda yoyiladi va quriguncha gorizontol holatda saqlanadi. Ushbu tahlil bemor kasalxonaga yotqizilganida uning yotog'ida bevosita amalga oshiriladi. Keyin preparat bakteriologik laboratoriyaga yuboriladi va 2 - 3 minut davomida metilen ko'kning suv-spirtli eritmasi bilan bo'yaladi. Bo'yashdan keyin preparat ehtiyotkorlik bilan suv bilan yuviladi va havoda quritiladi. Preparat immersion mikroskopda , kamida 20 ko'rish maydoniga yoki morfologik jihatdan aniq mikrob hujayralar aniqlangunga qadar ko'rish maydonchasida ko'rib chiqiladi.

3. Bakteriologik tahlil

Bakteriologik va bakterioskopik tekshirish uchun orqa miya suyuqligi tegishli choralar ko'rilgan holda steril probirkada olinadi va ozuqa muhitiga ekiladi. Tadqiqot bakteriyalarni aniqlashda katta ahamiyatga ega bo'lishi mumkin:

- Meningokokklar;
- Tuberkulyoz bakteriyasi;
- Stafilokokk
- Pnevmonokokklar;
- Gemofil tayoqcha;

Sinov materialini tanlash va ekish paytida quyidagi talablarga rioya qilish kerak: material mikrofloraning tasodifiy ifloslanishiga yo'l qo'ymaslik va materialni tahlil qilish uchun qabul qilingan paytdan boshlab va laboratoriyada ishlashdan oldin patogenning o'limiga yo'l qo'ymaslik. Birinchi shart materialni to'g'ri qabul qilish, infeksiya joyiga aniq kirish, aseptikaga rioya qilish ta'minlanadi; ikkinchisi - namunalar yoki ekmalarni laboratoriyaga darhol issiqlik yoki vaqtincha saqlash shaklida, 37 ° C haroratda 12 soatdan ko'p bo'lmagan vaqtgacha yetkazib berish.

3.1. Orqa miya suyuqligining bakteriologik tahlili.

Likvorning birlamchi bakteriologik tekshiruvi punksiyadan so'ng kasalxonada to'g'ridan-to'g'ri "bemor yotog'ida" «shokoladli agar» muhitida amalga oshiriladi. Oziqlantiruvchi vosita bo'lgan flakonlar, shuningdek patologik materiallarni to'plash uchun zarur bo'lgan barcha narsalar (bo'sh steril probirkalar, 0,1% yarim suyuq zardobli agar bilan probirkalar, qonning «qalin tomchisi» tayyorlash uchun steril shisha flakonlar, ozuqa moddalari bo'lgan idishlar qon uchun) yetarli miqdorda kasalxonaning ixtisoslashtirilgan bo'limida saqlanadi yoki ular darhol (zarurat tug'ilganda) bakteriologik laboratoriyadan yetkazib beriladi. Oziqlantiruvchi muhitga yega idishlarni saqlash uchun maqbul shart - bu ichki muzlatgichning harorati (4 ° C). Yaroqlilik muddati - ko'pi bilan 7 kun. Punksiyadan oldin ozuqa moddalari bo'lgan idishlar muzlatgichdan chiqariladi va

xona haroratida kamida 10 daqiqa ushlab turiladi. 3-4 tomchi likvor "shokolad" agariga tomiziladi. Kosachalar yopiladi, tekis yuzaga qo'yiladi va stakan yuzasida bir necha dumaloq harakatlar yordamida suyuqlik tomchilari agar yuzasiga tarqaladi. Likvor so'rilgandan so'ng (odatda 2-3 minut), tasodifan ochilmasligi uchun kosachaning pastki va qopqog'ini mahkamlash kerak (masalan, leykoplastir bilan). 0,1% yarim suyuq zardobli agarli probirkaga likvorni ekish punksiyadan so'ng darhol amalga oshiriladi. Buning uchun to'g'ridan-to'g'ri punksiya ignasidan, 5-6 tomchi likvor 0,1% yarim suyuq zardobli agar bilan sinov probirkasiga tomiziladi. Shuni ta'kidlash kerakki, agar likvor to'g'ridan-to'g'ri yuqorida ko'rsatilgan usul bilan bemorning yotog'ida ekilgan bo'lsa, laboratoriyada likvorni ekish bosqichi chiqarib tashlanishi kerak, laboratoriyaga keltirilgan steril likvor esa faqat bakterioskopik va serologik usullar bilan tekshirilishi kerak. Laboratoriyaga yetkazib berishdan oldin ekilgan idishlar 37°S haroratda termostatda saqlanadi yoki darhol bakteriologik laboratoriyaga yetkaziladi. Bakteriologik laboratoriyada ekmalar 37 - C haroratda 24 - 48 soat davomida 5 - 10% CO₂ bo'lgan atmosferada inkubatsiya qilinadi (sham bilan to'ldirilgan suyuqlik, CO₂ inkubator). Agar qattiq ozuqa muhitda o'sish kuzatilsa, o'sayotgan koloniyalarni vizual baholash amalga oshiriladi, Gramm usulida surtma tayyorlanadi, oksidaza, katalaza aniqlanadi va natijaga qarab patogenni aniqlash va antibiotiklarga sezgirlikni aniqlash amalga oshiriladi. Agar 0,1% yarim suyuq zardobli agarda o'sish belgilari bo'lsa, shokoladli agarli kosachalada ekish amalga oshiriladi. ekmalarni baholash va keyingi tekshiruv yo'nalishi yuqorida aytib o'tilganidek amalga oshiriladi.

3.2. Bakteriologik qon tahlili(ekma).

Qonni ekish «ikki fazali» oziq muhitlarda, qon va oziq muhit nisbati 1:10 olib boriladi. 1:10 nisbat sababi qon zardobini bakteritsid effektini kamaytirish. «Ikki fazali» oziq muhiti tarkibida X, V o'sish faktorlari va vitaminlar bor. Ushbu oziq muhitda

meningokokklar, pnevmokokklar, gemofil tayoqchalari va oziq muhitga kam talabchan mikroblar o'sadi. Ekilgan qonni bakteriologik laboratoriyaga olib boriladi va uni 5 kun davomida 37gradusli termostatga joylashtirib kuzatiladi. Mikroblar o'sganligini oziq muhitning loyqalanishi, parda paydo paydo bo'lishi va gaz hosil bo'lganligidan bilsa bo'ladi. Dastlabki kunlarda oziq muhitda o'zgarish bo'lmasa, 48 soatdan keyin «shokoladli» agarga qayta ekiladi. Agar mikroblar yana o'smasa kuzatuv 5 kungacha davom ettiriladi.

Agar 1 chi ekan flakonda mikroblar o'sgan bo'lsa, undan surtma tayyorlab, Gramm usulida bo'yab mikroskopga quriladi va «shokoladli» agarga meningokokk, pnevmokokk va gemofil tayoqchalarini topish uchun qayta ekiladi. Bakterioskopik o'zgarishlarga asoslanib boshqa muhitlarga qayta ekish amalga oshiriladi va antibiotiklarga sezgirligi aniqlanadi.

3.3. Burun-xalqumdan bakteriologik tahlil uchun ekma olish.

Ekma uchun olingan material shu zahoti ekiladi yoki laboratoriyada zardobli agar muhitidagi va selektiv zardobli agarga(selektiv qo'shilgan linkomitsin) Petri kosachasining $\frac{1}{4}$ qismiga surtish bilan ekiladi. Petri kosachasinin $\frac{3}{4}$ qismida steril bakteriologik ilgak bilan shtrixli qilib ekiladi. Ekilgan kosachalar 37°C haroratda 24 soat davomida inkubatsiya qilinadi. Agar o'sgan koloniyalar meningokokklarga o'xshasa, ularni qaytadan zardobli agarga ekamiz. Ekmalarni 37°S haroratda termostatda o'stirgandan so'ng, o'sgan koloniyalardan surtma tayyorlab Gramm usuli Kalina modifikatsiyasida bo'yab , oksidaza, katalaza aniqlanadi va keyingi modifikatsiya olib boriladi.

4. Lateks agglyutinatsiya reaksiyasi (ekspress usul)

Murakkab uskunalari va qimmatbaho reaktivlarni talab qilmaydigan eng oddiy usul - bu 15 minut davomida bemorning OMS da antigenlarning borligi yoki yo'qligi to'g'risida xulosa berishga imkon beradigan lateks agglyutinatsiya usuli. Reaksiya orqa miya

suyuqligidagi yiringli yallig'lanish belgilari va undagi patogenlarni bakterioskopik ravishda aniqlanganda amalga oshiriladi. Oldindan, OMS ni 100 ° C da 5 minut qizdirish va 1500 - 2000 aylanish/min. sentrifuga qilish kerak. Reaksiya uchun probirkadagi shaffof suyuqlik ishlatiladi. Har bir lateks reagentidan bir tomchi (reagentlarni oldindan silkitib qo'yish tavsiya etiladi) to'plamga biriktirilgan maxsus qog'oz kartochkalariga tomiziladi. Keyin har tomchi lateks reagentiga 30 mkl OMS qo'shiladi. Toza aplikator bilan aralashtiriladi. Qog'oz kartasini sekin silkish kerak. Lateks diagnostik preparatlaridan biri bilan 2 minut davomida agglyutinatsiya qilish sinov namunasida ma'lum bir antigen borligini ko'rsatadi. Reaksiyani amalga oshirish uchun, belgilangan tartibda Rossiya Federatsiyasida foydalanish uchun tasdiqlangan lateks diagnostik reaktivlar to'plamlari qo'llaniladi.

5. Immunoelektroforez (VIEF - ekspress usul)

Reaksiya materialni o'rganishning birinchi kunida OMS va bemorning qon zardobida patogenning polisaxarid antigenini aniqlash uchun maxsus antitelalardan foydalanishga imkon beradi. Reaksiyani amalga oshirish uchun quyidagilar kerak; Orqa miya suyuqligi (likvor loyqa bo'lsa cho'kmasi); qon zardobi; pretsipitatsiyalovchi zardob; veronal-medonal bufer; 1% agarli veronal-medonal bufer; elektroforez apparati; 9x12 sm shisha plastinkalar; trafaretlar; agarga chuqurcha qiluvchi va surib oluvchi moslama; Paster pipetkalari; filtr qog'ozi; tekis stol. Elektroforez apparatiga veronal-medinal bufer qo'yiladi. Veronal-medonal buferi bilan 1% agar tayyorlanadi. Tekis stolda 9x12 sm-li shisha oynaga 20 ml issiq 1% veronal-medinal qo'yiladi. Agar qotgandan keyin maxsus moslama yordamida 2 ta paralel bir-biriga 3 mm uzoqlikdagi chuqurchalar qilinadi. Maxsus antizardobni chuqurchani anod(+) tomonida va qon zardobi yoki OMS katod(-) tomoniga tomiziladi.

Tayyorlangan plastinka immunoelektroforez apparatida joylashtiriladi, shisha va tampon filtr qog'ozi yordamida ulangan va

apparat tarmoqqa ulangan. Ta'sir qilish vaqti 12 mA kuchlanishida 20-30 minut. Natijada qurilma o'chirilganidan 10 minut keyin hisobga olinadi. Agar chuqurchalar o'rtasida pretsipitatsiya chiziqchalari paydo bo'lsa reaksiya ijobiy deb hisoblanadi. 24 soatdan keyin reaksiya natijalarini takroriy va yakuniy hisobga olish tavsiya etiladi.

6. Bilvosita gemagglyutinatsiya reaksiyasi (RNGA)

Bemorning zardobini bilvosita (passiv) gemagglyutinatsiya reaksiyasida o'rganish meningokokk infeksiyasini tashxislashda yordamchi usul bo'lib, meningokokk infeksiyasining tarqoq shakllarini laboratoriya tasdiqlash foizini sezilarli darajada oshirishi mumkin. Ishonchli natijaga erishish uchun zaruriy shart - bu bemorning qon zardobini dinamikada o'rganish, ya'ni. kasallikning turli davrlarida qabul qilingan (kasallikning 1 va 10 - 12 kunlarida).

Mikrometodning modifikatsiyasidan biri 50 va 100 mkl avtomatlashtirilgan pipetkalar yordamida RNGA ni kamida 300 mkl chuqurchali polistirol plastinkalariga joylashtirishdir.

Kerakli reagentlar: A va C polisaxaridli eritrotsitar diagnostikumlar; suyultiriladigan qon zardobi 1: 5; buferlangan fiziologik eritma).

Esherixiozli meningit

Esherixiozli meningit enteropatogen ichak tayoqchalari tomonidan chaqiriladi. Chaqaloqlarda va bir yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'proq uchraydi. Klinikasi. Bemorlar ahvoli birdan og'irlashadi. Tana harorati ko'tariladi. Intoksikatsiya belgilari asta sekinlik bilan kuchayadi. Qayd qilish, anoreksiya, tez tez ich ketish kuzatiladi. Tonik klonik talvasalar, mushaklar gipo va atoniyasi kuzatiladi Mushaklar gipo va atoniyasi gipertoniya bilan almashib turadi. Meningit belgilari bilan birga boshqa organlarda yiringli o'chog'lar paydo bo'ladi. Ko'pincha orqa miya suyuqligi gipotenziviyasi

kuzatiladi(miya kollapsi).Oqibati ko'pincha yomon. Ko'pincha MNSda og'ir organik o'zgarishlar rivojlanadi.

Salmonellyozli meningit

Salmonellyozli meningit salmonellalarning hamma serotiplari tomonidan chaqirilishi mumkin. Muloqot yo'li bilan yuqadi. Kam hollarda 6 oylikgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. Sovuq oylarda ko'proq uchraydi.

Go'dak bolalarda asta sekinlik bilan yuqori harorat va ich ketishlar, intoksikatsiya belgilarining kuchli bo'lishi bilan kechadi.Jigar va taloq kattalashadi. Trombogemorragik sindrom kuzatiladi. Organlarda va yumshoq miya pardalarida yiringli o'choqlar paydo bo'ladi. Gipotenziya holati rivojlanadi. Katta yoshli bolalarda kasallik o'tkir gastroenterit belgilari bilan boshlanadi. Ko'p qayd qilish, ich ketishlar va intoksikatsiya belgilarining ustunligi bilan xarakterlanadi. Kasallikning birinchi kunidan kam ifodalangan meningial sindrom kuzatiladi. Asosan ensa mushaklarining regidligi simptomi kuzatiladi.Kasallik cho'ziluvchan, retsividlar bilan kechadi. Rezidualъ qoldiq asoratlar kuzatiladi. Chaqaloqlarda ko'pincha o'lim bilan tugaydi.

Listeriozli meningit

5-10% listerioz bilan kasallanganlarda meningit va meningoensefalit klinikasi kuzatiladi. Intoksikatsiya, yuqori harorat, limfatik tugunlar kattalashishi, gepatolienal sindrom bilan birgalikda meningial simptomlar kuchli rivojlangan bo'ladi. Ensa mushaklari regidligi,Kerning va Brudzinskiy simptomlari musbat bo'ladi. Giperrefleksiya, giperesteziya kuzatiladi. Ba'zida o'choqli simptomlar- ptoz, anizokariya, strobizm kuzatiladi. Patologik reflekslar, paralichlar va psixik o'zgarishlar bo'ladi. Etiologik diagnostika qilish uchun qon va likvor lyuminessent mikroskopiya usulida tekshiriladi. Orqa miya suyuqligi tiniq ba'zida loyqa ham

bo'lishi mumkin. Bosimi oshgan, oqsil oshgan, neytrofil-limfotsitarli poleotsitoz kuzatiladi.

Serozli meningitlar.

Sil meningiti

Sil meningiti- asosan yumshoq, o'rgimchaksimon va kamroq qattiq pardalarning ikkilamchi zararlanishi bilan (yallig'lanishi) kechadigan jarayon bo'lib, ular turli xil, ko'pincha faol va keng tarqalgan sil shakli bilan og'riqan bemorlarda uchraydi, kasallik sekin rivojlanib boradi.

Etiologiyasi. Sil qo'zg'atuvchisi mikobakteriyalar oilasiga mansub kislotali muhitga chidamli bakteriyalar. Hammasi bo'lib, bunday mikobakteriyalarning 74 turi ma'lum. Ular tuproqda, suvda, odamlar va hayvonlar orasida keng tarqalgan. Ammo inson tanasida kasallik qo'zg'atadigan turi ham mavjud bo'lib u *Mycobacterium tuberculosis* (odamlarda) 13-rasm. *Mycobacterium bovis* (cho'chqa tanasida) *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium bovis* BCG (BTs), *Mycobacterium microti*, *Mycobacterium canetti* oxirgi paytlar chiqqan *Mycobacterium pinnipedii*, *Mycobacterium caprae* filogenetik jihatdan *Mycobacterium microti* i *Mycobacterium bovis* kiradi.



13-rasm. *Mycobacterium tuberculosis*.

Patogenezi. Sil meningitining patogenezida tananing sensibilizatsiyasi muhim rol o'ynaydi, bu himoya reaksiyasini kamaytiradigan turli xil nospetsefik omillar ta'sirida GETning buzilishiga olib keladi: travma, ayniqsa bosh, gipotermiya, giperinsolyatsiya, virusli kasalliklar, neyroinfeksion kasalliklar. Bundan tashqari, shuni yodda tutish kerakki, infeksiya asab tizimiga tomirlarning to'sig'i ma'lum bir tomirlarning giperergik holati buzilganda, buning uchun zarur immunobiologik sharoitlar yaratilganda: sil bilan kasallangan bemor bilan muloqotda bo'lish, og'ir moddiy va maishiy sharoitlar, og'ir kasalliklar; erta yoshli bolalar, BTsJ olmaganlar; kattalarda - alkogolizm, giyohvandlik, OIV infeksiyasi. Silli meningit patogenezining bir nechta nazariyalari mavjud: gematogen, likvorogen, limfogen, kontakt. Ko'pgina olimlar tuberkulyoz meningitning rivojlanishining gematogen-likvorogen nazariyasi bilan bog'lashadi.

Birinchi bosqich: gematogen yo'l bilan tarqalish bakteriemiya fonida bo'ladi. Qo'zg'atuvchi sezuvchanlikning oshishi natijasida organizmning himoya kuchi kamayganda GET orqali o'tadi. Bu yerda bosh miya qorinchalaring tomirlar turini zararlaydi.

Ikkinchi bosqich, likvorogen, bosh miya qon tomir turi orqali orqa miya suyuqligiga o'tadi. Keyin likvor orqali miya asosini, ko'ruv nervlarini, uzunchoq miya va miyachani zararlaydi. Miya asosining yumshoq miya to'qimalarining maxsus yallig'lanishi natijasida-bazilyar meningit rivojlanadi.

Klinikasi. Sil meningiti, asosan asta sekin rivojlanadi. Asosiy belgilardan adinamiya, holsizlik, uyquchanlik, doimiy bo'lmagan anoreksiya, yorug'likga, shovqinga kuchayib boruvchi bosh og'rig'i, uyquchanlik keyinchalik uyquning buzilishi va ishtaxaning pasayishi kuzatiladi. Boshida subfebril, keyinchalik ko'tarilib boruvchi isitma, sababsiz, ovqatga bog'liq bo'lmagan qusish va axlatning bo'lmasligi kuzatiladi. Tomir urishi sekin (bradikardiya) bo'ladi. Qizil dermografizm, vegetativ - tomir buzilishlar (tanada qizil dog'lar-

Trusso dog'i), ko'ruv nervlarning falajlanishi kuzatiladi. Umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli, es hushi o'zida. Kasal atrof muhitga befarq bo'lib qoladi. Bemor qarindoshlari, tengdoshlari bilan qiziqmay qo'yadi, iloji boricha yolg'iz qolishni istaydi. Kasallik kundan kunga avjlanib boraveradi, har kuni yangi simptomlar chiqaveradi. Bu davrda to'g'ri tashxis kamdan kam holatlarda qo'yiladi. Prodromal davrning oxirlarida bosh og'rig'i kuchayadi, tana haroratining doimiy ko'tarilishi, ovqatga bog'liq bo'lmagan, ko'ngil aynishsiz qusish paydo bo'ladi. Kasallikning birinchi haftasi oxirlarida (5-7 kunda) noaniq meningeal belgilar (Ensa mushaklarning rigidligi, Brudzinskiy simtomi va patologik reflekslarning ortishi: (Babinskiy, Gordona, Sheffera, Oppengeyma) kuzatiladi. Birinchi klinik belgilarga triada simptomlar asosiy o'rinni egallaydi: doimiy bosh og'rig'i, febril isitma va qusish. Kasallikning ikkinchi davri miya pardalarining zararlanish bosqichi yoki kasallikning avj olish davri (kasallikning 10-15chi kunida). Yuqorida aytib o'tilgan belgilar intensiv ravishda kuchayib boradi, ayniqsa bosh og'rig'i (peshona va ensa soxada) doimiy qoladi, og'riq harakatlenganda, shovqinda va yorug'likga kuchayadi. Bemorda anoreksiya, qorin dam, perkussiyada to'mtoq tovush eshitiladi. Kasal tezda ozib vazn yo'qotadi va bu kaxeziyaga olib keladi. Tana harorati febril 38-38,4°S gacha ko'tariladi. Sil meningitning doimiy belgilardan biri bu to'xtovsiz qusish. Tinimsiz qusish tananing suvsizlanishiga olib keladi. Meningial belgilarnig bo'lishi kasallikning jadallashib borayotganidan darak beradi. (Kernig, Brudzinskiy yuqori o'rta va pastki belgilari).

Silli meningit miya asosini zararlagani sababli, bosh miya nervlarini ham asta sekinlik bilan zararlaydi.

1. N. opticus (ko'ruv nervi) – bemorlarda fotofobiya, ko'zlar oldida tuman hissi, noaniq o'qishga shikoyat qilishadi. Bunda ko'z tubini tekshirib, ko'ruv nervlarning nevriti, sil do'mboqchalarni aniqlash muhim ahamiyatga ega. Ko'pincha ko'ruv nervlarida

turg'unlik yoki ularni oqarganligi, bosh miyada bosimning oshishini ko'rsatadi;

2. N. okulomotorius (ko'zni harakatlantiruvchi nerv) - ptoz, diplopiya, uzoqlashuvchi g'ilaylik, qorachiqalar kengaygan; (14-rasm)



14- rasm. Tuberkulyozli meningitda bemor holati.

3. N. abducens (uzoqlashuvchi nerv) - yaqinlashuvchi g'ilaylik, ko'z olmasini tashqi tomonga aylantira olmaslik, diplopiya. Ko'pincha ikkala nerv ham bir vaqtning o'zida zararlanishi natijasida ko'z olmasini harakatlantira olmaslik;

4. N. trochlearis (блок асаб) - ichkaridagi g'ilaylik va diplopiya pastga qarab turganda birlashuvchi;

5. N. facialis (yuz nervi) - yuz-lab burmalarning silliqligi, og'iz burchagining pastga osilishi, ko'z yoriqlarining kengayishi, ko'z qovoqlarining yetarlicha yopilmasligi (15-rasm).

Diagnostikasi. Epidemiologik anamnezni hisobga olgan holda, nevropatolog, sil bo'yicha mutaxassis ftiziatr bilan maslahatlashish kerak. Tashxis klinik belgilar, o'pkadagi yaqqol sil belgilari, tuberkulin testi (50%) musbat bo'lishi, orqa miya suyuqligini tahlil qilish asosida amalga oshiriladi.



Fig. 15. Ptoz va g'ilyalik

15-rasm. Tuberkulyozli meningitda ptoz va g'ilyalik.

Silli meningitda, orqa miya suyuqliging bosimi baland, rangi shaffof, ba'zan ksantoxrom. Ko'pincha likvorda bir sutkadan keyin nozik o'rgimchaksimon to'r paydo bo'ladi.

1. Likvor. Silli meningitda kasallikni boshlang'ich davrida pleotsitoz neytrofil+limfotsitlarning oshishi kuzatiladi. Kasallik belgilari yaqqol ifodalangan paytda sitoz lifotsitlar xisobida oshadi. Sitoz 1 mklda 100 tadan 1000 gacha.

2. Oqsil. Tuberkulyozli meningitda oqsil kontsentratsiyasi deyarli har doim normadan yuqori bo'lib, jarayonning fazasiga qarab 0,5-5,0 g / l gacha o'zgarib turadi. Oqsil kontsentratsiyasining ko'payishi oq qon hujayralarining ko'payishi va orqa miya suyuqligidagi boshqa patologik o'zgarishlar va boshqa dinamikalariga qaraganda ijobiy dinamika va tiklanish bilan oqsilning normallashuvi kuzatiladi. Globulin reaksiyasi ijobiy tomonga o'zgaradi.

3. Biokimyoviy ko'rsatkichlar. Silli meningitda glyukoza kontsentratsiyasi, oqsildan farqli o'laroq, doimiy ahamiyatga ega, u kasallikning dastlabki kunlaridan boshlab va butun kasallik davomida o'zgargan bo'ladi. Lekin silli meningitda glyukoza yiringli meningitlarga qaraganda yaqqol pasayishi kuzatiladi. Laktat

ko'payadi. Tuberkulyoz meningit bilan yiringli shakldan farqli o'laroq, gipoglikoraxiya unchalik aniq emas.

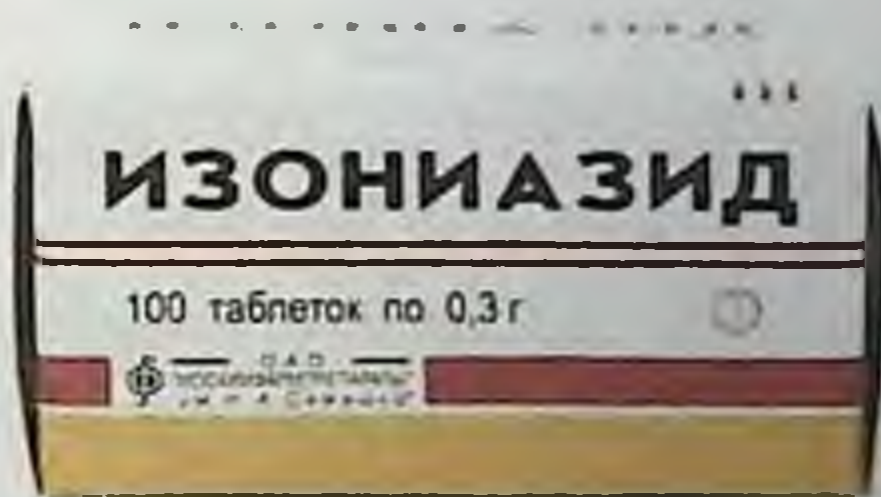
4. Xloridlarning kontsentratsiyasi, shuningdek glyukoza, kasallikning barcha davrida barqarordir va ko'rsatkichlar parallel ravishda ketadi. Kislota-asos muhiti parametrlari biroz o'zgargan - metabolik atsidoz.

5. Tuberkulyoz meningitdagi orqa miya suyuqligining muhim tahlili, fibrinozli qatlamdan likvorni Sil-Nil'sen usulida bo'yab lyuminessent mikroskopiyada mikobakteriyalarni aniqlashdir. Tuberkulyoz meningit tashxisi uchun polimeraza zanjiri reaksiyasining ahamiyati katta.

Periferik qon ozgina o'zgaradi, kasallikning ikkinchi haftasida EChTning oshishi qayd etilishi mumkin. Immunologik tadqiqotlar PZRni o'z ichiga oladi. Serologik diagnostika (RSKA, RNGA va boshqalar)ham ishlatiladi.

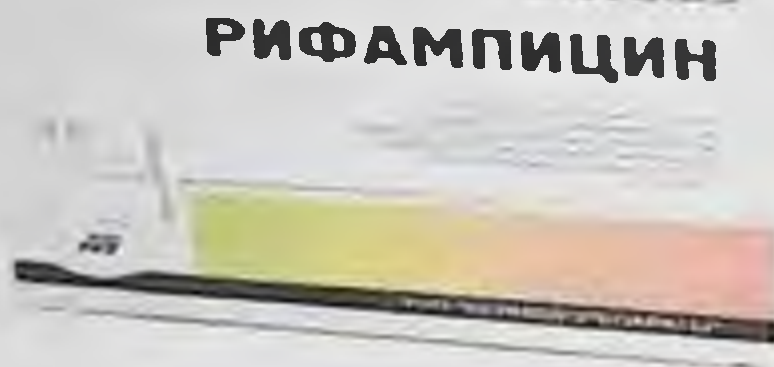
Davolash.

1. Etiotrop terapiya: Dastlabki 2 oy davomida izoniazid 5-10 mg/kg,(16-rasm) streptomitsin kuniga 0,75-1 g, etanbutol kuniga 15-30 mg/kg.



16-rasm. Isoniazid.

Ushbu triadadan foydalanganda intoksikatsiyaning darajasi past bo'ladi, ammo bakteritsid ta'sir har doim ham yetarli emas. Isoniazidning bakteritsid ta'sirini kuchaytirish uchun streptomitsin va etanbutolga kuniga bir marta 600 mg rifampitsin qo'shiladi.(17-rasm)



17- rasm. Rifampitsin.

Bakteritsid ta'sirini maksimal darajada oshirish uchun pirazinamid kunlik dozada 20-35 mg / kg izoniazid va rifampitsin bilan birgalikda qo'llaniladi. Shu bilan birga, ushbu dorilarning kombinatsiyasi gepatotoksik xavfini sezilarli darajada oshiradi.

Davolashda kasallikning dastlabki 60 kuni juda muhimdir. Kasallikning dastlabki bosqichlarida kortikosteroidlarni qo'llash kerak. Statsionar davolanish uzoq bo'lishi kerak (taxminan 6 oy). Keyin bir necha oy davomida bemor izoniazidni qabul qilishni davom ettirishi kerak. davolashning umumiy davomiyligi 12-18 oy.

2. patogenetik davolash.
3. simptomatik davolash.

Brutsellyozli meningit

Brutsellyozli meningit va meningoensefalit brutsellyozning septik-metastatik va surunkali shakllarida rivojlanishi mumkin, ammo ular juda kam uchraydi (barcha brutsellyozli bemorlarning 1-5 %). Meningitga va meningoensefalitga xos belgilar miya va miya pardalarining yengil zararlanishidagi simptomlar bilan kechadi. Brutsellyozning surunkali turida uzoq davom etuvchi belgilar kuzatiladi. O'tkir brutsellyozli meningit doimiy bosh og'rig'i, yengil va ba'zida takroriy qusish, tana haroratining ko'tarilishi, varaja tutish, kuchli terlash, holsizlik belgilari bilan kechadi. Isitmaning takroriy ko'tarilishi ya'ni to'lqinsimon bo'lishi keyinchalik subfebril sonlarda saqlanib qolishi mumkin. Ensa mushaklarining rigidligi oshadi,

Kernig va Brudzinskiy simptomlari yengil kuzatiladi, reflekslar pasayadi. Kasalning es xushi odatda joyida, tushkunlik holati, apatiya, uyquchanlik kuzatiladi. Kamdan kam o'lim kuzatiladi. OMS o'rtacha bosimda chiqadi, shaffof, sitoz 100-1000 1 mkl, limfotsitlar hisobiga oshadi. Oqsil miqdori normada yoki oshgan. II va VIII juft nervlarning zararlanishi, eshituv va ko'ruvning pasayishiga olib keladi. Kasallikning og'ir kechishi meningomielitlar va paralichlar bilan namoyon bo'ladi. Yanayam og'irroq kechishi brutsellyozli araxnoiditlar bilan belgilanadi. Uzoq surunkali kasallik nevroz kasalliklarini keltirib chiqaradi ya'ni periferik nervning zararlanishi bilan kechuvchi kasalliklar (mono, polinevritlar, radikulitlar). Tashxis qo'yishda epidemiologik shartlar (hayvonlar bilan muloqot qilish, xom sut mahsulotlari, go'sht, pishloq iste'mol qilinganligi) hisobga olinadi. Brutsellyozning tipik klinik ko'rinishlari (mikropoliadenit, gepatolienal sindrom, mushak-skelet tizimining shikastlanishi, jinsiy bezlar zararlanishi). Tashxisni tasdiqlash uchun maxsus usullar qo'llaniladi: serologik reaksiyalar (Rayt, Xeddel'yon, RSK, RTGA va boshqalar) va Byurne allergik sinamasi. (18-rasm)



18- rasm. Brutsellalar.

Davolash: Antibakterial terapiya. Bu ikkita antibiotikning kombinatsiyasi bilan amalga oshiriladi, rifampitsin bilan gentamitsin va doksitsiklin. Meningit va ensefalitda dorilarni parenteral, keyinchalik peroral yo'l orqali yuboriladi. Brutsellyozni surunkali shaklida vaksinaterapiya buyuriladi.

Patogenetik davolash. Intoksikatsiya va miya shishini kamaytirish, metabolik protseslarni, asosan oqsil va mineral (elektrolitlar) ni tiklash yiringli meningit uchun patogenetik terapiyaning bevosita va asosiy maqsadidir.

Simptomatik davolash. Miya shishini oldini olish maqsadida diuretiklar, osmodiuretiklar tomonidan amalga oshiriladi. Og'ir holatlarda glyukokortikosteroidlar buyuriladi. Tayanch harakat sistemasini tiklashda antiholinesteraza dori vositalari (neostigmin) yordam beradi. Qon tomir buzilishlar vazoaktiv, antiagregant vositalari tomonidan korrektsiya qilinadi; psixotrop dorilar psixik o'zgarishlar kuzatilsa psixotrop preparatlar buyuriladi.

Enterovirusli meningit

Enterovirusli infeksiyalar enteroviruslarning turli serotiplari chaqiradigan yuqumli kasalliklar guruhiga kiradi.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi Koksaki va ECHO virusi Picornaviridae oilasi, Enteroviridae turiga kiradi. Koksaki A virusi 23 ta, Koksaki V virusi 6 ta, ECHO virusining 32 tipi bo'lib, 1968-1971 yillarda enteroviruslarning yangi yana 4 tipi (68-71 tiplar) aniqlangan. Bu viruslar tabiatda juda keng tarqalgan bo'lib turli klinik sindromlarni chaqiradi, shu bilan birga turli tiplari bitta sindromni ham chaqirishi mumkin.

ECHO viruslari 1951-1953 yillarda topilgan bo'lib ular aseptik meningitlar, toshmali yozgi isitmalar, miokardit, respirator kasalliklarni chaqirishi aniqlangan.

Koksaki va ECHO viruslari uncha katta bo'lmagan (18-20 nm), RNK tutuvchi viruslar bo'lib, xona haroratida bir necha kun,

muzlatilgan holda juda uzoq vaqt saqlanadi. Viruslar 560S qizdirganda, formal'degid, xlor, ultrabinafsha nurlar ta'sirida tez nobud bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai bemor va virus tashuvchilardir. keng tarqalgan bo'lib, ko'plab sog'lom odamlarda virus topiladi va bu holat yoz-kuz oylarida ko'p uchraydi.

Yuqish yo'li fekal-oral va havo-tomchi yo'lidir. Yuqori nafas yo'llaridan virus o'tkir davrda, axlat bilan esa-uzoqroq vaqt ajralib turadi. Enterovirusli infeksiyalar ichak infeksiyalari guruhiga kiradi. Virus iflos qo'llar, uyinchoqlar, ovqat mahsulotlar orqali yuqadi, onadan bolaga transplatsentar yuqishi ham mumkin. Kasallik ko'proq 10 yoshgacha bolalarda uchraydi, kattalar kam kasallanadilar. Kasallik ko'proq bahor-yoz oylarida uchraydi. Katta epidemiyalar ko'rinishida kechishi mumkin.

Patogenezi. Nafas yo'li va oshqozon-ichak orqali yuqib, virus ichak va burun xalqum shilliq osti qavatida joylashadi va ko'paya boshlaydi. Keyinroq regionar limfa bezlariga o'tadi va ularda ham ko'payadi. Taxminan 3 kundan keyin virusemiya boshlanib boshqa a'zolar ham zararlanadi. Bunda turli klinik belgilar namoyon bo'lib ular o'ta yengildan o'ta og'ir, o'lim bilan tugovchi og'irlikda kechishi mumkin.

Ikkilamchi virusemiya zararlangan a'zolarida virusning ko'payishi va qonga tushishi bilan boshlanadi. Virusemiya qonda maxsus antitanalar paydo bo'lishi bilan yo'qola boradi. Enteroviruslar uchun organizmda persistentsiya fenomini xos bo'lib, bunda turli kasalliklarning surunkali kechishiga olib keladi. Persistentsiyaning to'xtashida tabiiy killerlar yordam beradi. Viruslar mushak va markaziy asab tizimi to'qimasiga tropizmi bor, lekin ular boshqa a'zolarni ham zararlaydilar.

Patomorfologiyasi. Mialgiyada mushak to'qimasida o'tkir yoki surunkali miozitlar manzarasi aniqlanadi. Mushak tolalarida shish, ba'zida koagulyatsion nekroz holatlari uchraydi. Interstitsial

to'qimalar, gistiotsitlar, limfotsitlar va makrofaglar bilan infiltratsiya topiladi. Ko'ndalang-targ'il mushaklardagi o'zgarishlar Koksaki infeksiyasiga xos bo'lib, uning diagnostik belgisi hisoblanadi.

Enterovirusli ekzantemada epidermis xujayralarida balon distrofiya, dermaning mononuklear infiltratsiyasi va shishi, epidermis xujayralari yadrosida eozinofilli qo'shimchalar topiladi. Miokard tolalarida distrofiya, ba'zida nekroz o'choqlari topiladi. Miya qobiqlarida shish, giperemiya, xujayrali infiltratsiya aniqlanadi. Miya to'qimasi shishadi. Jigar, buyrak, oshqozon osti bezi, buyrak usti bezlarida qon quyilishi, nekroz o'choqlari topiladi.

Yashirin davri 2 kundan 10 kungacha, ko'proq 3-7 kun davom etadi. Klinik ko'rinishiga qarab tipik (gerpangina, epidemik mialgiya, seroz meningit, infeksiyon ekzantema) va atipik (inapparant, kataral miokardit, spinal, ensefalitik, epidemik gemorragik kon'yuktivit, nefrit, pankreatit) shakllari tafovut qilinadi, og'irlik bo'yicha yengil, o'rta og'ir, og'ir, kechishi bo'yicha-abortiv, o'tkir, cho'zilgan va surunkali kechadi.

Koksaki va ECHO virusli kasalliklar odatda o'tkir boshlanadi. Birinchi soatlardan oq qaltirash, isitmalash kuzatiladi. Bosh og'rishi, qusish, yuz qizarishi, sklera tomirlari inyeksiyasi, kon'yuktivit, tilcha, rovoqlar, yumshoq tanglay, xalqum orqa devori va bodomcha bezlari qizarishi xos bo'ladi.

Seroz meningit o'tkir isitmalash bilan boshlanadi. Ba'zida boshqa belgilar-gerangina, ekzantema, mialgiya va boshqalar ham qo'shilib keladi. Kuchli bosh og'rishi, qusish, ba'zida es xushi qorong'ilashi, meningeal belgilar kuzatiladi. Isitmalash va meningeal belgilar 3-7 kun davom etadi, ba'zida isitma ikki to'lqinli bo'lib, meningeal belgilar yana paydo bo'ladi. Likvor tipik bo'ladi va bosimi ortadi. Sitoz 100-200 gacha, avval neytrofillik, keyin limfositli bo'ladi. Oqsil normada yoki biroz pasayadi. qand va xloridlar normada. Likvor odatda 3 hafta oxiriga kelib tozalanadi. Ba'zida enterovirusli infeksiyalarda toksikoz kuchli bo'lganda meningeal

belgilar kuzatiladi. Buning sababi likvor ko'p ishlab chiqarilishi va likvor aylanishi buzilishidir. Bunda likvorda yallig'lanishga xos o'zgarishlar topilmaydi.

Ensefalitik shaklida miya o'qi, miyacha, yarim sharlar zararlanishi kuzatiladi. O'tkir boshlanadi, isitma, qaltirash, qusish, ba'zida kataral belgilar topiladi. Keyin xushdan ketish, talvasalar, yutinish, nafas olish, yurak-qon tomir faoliyati buziladi. Likvorda bir oz sitoiz topiladi. Oqibati ko'pincha yaxshi, bemor 2-4 haftada sog'ayadi, odatda qoldik belgilar bo'lmaydi, mono yoki gemiparezlar saqlanishi mumkin. Qoldik belgilar asosan erta yoshdagi bolalarda kuzatiladi.

Tashxisoti. Epidemiologik, klinik va serologik natijalarga asoslanadi. Klinik tashxisot faqat epidemik kasalliklanishlarda va kasallik tipik kechganda mumkin. Ko'p hollarda tashxis virusologik va serologik tekshiruvlar yordamida aniqlanadi. Virusologik tekshiruv uchun burun xalqum shillig'i, axlat, qon, likvordan foydalaniladi. Serologiyada RN, RTGA, RG qo'llaniladi. Qon kasallik birinchi kunlari va 2-3 hafta o'tkach antitanalar titri oshganini aniqlash uchun tekshiriladi.

Davosi. Meningeal shakli bilan og'riganlar kasalxonaga yotqiziladilar. Birinchi 2 haftada qat'iy yotoq tartibi, 3-haftadan yarim yotoq tartibi tayinlanadi. Kasallik og'irligiga qarab patogenetik, simptomatik davo tayinlanadi. Meningitlar davosi asosida miya gipertenziyasini pasaytirish, elektrolit balansini tenglashtirish, miya qon aylanishini ta'minlash yotadi. Degidratatsiyani furosemid yoki diakarb bilan olib boriladi. Og'ir kechgan meningitlarda virusga qarshi preparatlar: interferon, reaferon, ribonukleaza, immunoglobulin tayinlanadi. Degidratatsiya bilan birga dezintoksikatsion davo olib boriladi. Likvor 4 haftada ham tozalanmasa immunomodulyatorlar tayinlanadi. Nopoliomielitli enterovirusli infeksiyaning spinal shakli davosi poliomielitga o'xshash bo'ladi. Ensefalitik shakllarida virusga qarshi, yallig'lanishga

qarshi, degidratatsion davo qo'llaniladi. Gormonlar faqat juda og'ir va hayot uchun muhim a'zolar zararlangandagina qo'llaniladi. Antibakterial davo bakterial asoratlar bo'lganda va bemor sun'iy nafas oldirishda bo'lsa tayinlanadi.

Parotitli meningit

Epidemik parotit (tepki)—umumiy kasallik bo'lib, so'lak bezlarini yallig'lanishi va ba'zan boshqa sekretor bezlar bilan bir vaqtda MNS ni parotitli meningit, meningoensefalit, ko'rinishida zararlanishi bilan kechuvchi kasallik hisoblanadi.

Tarixiy ma'lumotlar. Kasallikni o'rganish eramizdan 400 yil oldin Gippokrat davridan boshlangan va epidemik parotit alohida nozologik birlik sifatida ajratilgan. Ulug' olimlar (A.D Romonovski 1849-y, I.V Troitskiy 1883 y. N.F Filatov) ni izlanishlari natijasida epidemik parotitga klinik va epidemiologik jihatdan to'g'ri yondoshildi. Romonovski 1843-44 yillarda parotit epidemiyasi va uning ta'sirida MNS ni zararlanishini ko'rsatdi. Epidemik parotitni Peymor, Zol'tman mexanik kelib chiqish tarafdorlariga qarama-qarshi Troitskiy va Filatovlar epidemikem parotitni kelib chiqishiga to'g'ri yondoshdilar va epidemik parotit so'lak bezlarini mahalliy kantogiozli xossasi sifatida emas, balki umumiy infeksiyon kasallik ekanligini isbotladilar.

1934-yilda Jonson va Gudpascher tomonidan epidemik parotit qo'zg'atuvchisini topilishi uni chuqurroq o'rganish imkonini berdi. Ushbu kasallikni o'rganishda Smorodintsov, Shubladze, Selimov, Remorovlar o'z hissalarini qo'shdilar.

Etiologiyasi. Epidemik parotit qo'zg'atuvchi virus (pneumophilis parotidis) ni birinchi bo'lib, 1934 yilda Jonson va Gudpascher epidemik parotit bilan og'rikan bemor so'lagini makako ukesus maymuniga yuborib aniqladilar. 1950 yilda A.A Shubladze va M.A Selimov tomonidan birinchi marta tovuq embrionida o'stirgan

va ajratib olingan. Tovuq embrionida o'stirish usuli virus tarkibini mayda detal darajasida o'rganish imkonini berdi.

Parotit virusi mikoviruslar guruhiga mansub bo'lib, RNK tutadi. Virus gemolitik va allergik tarkibga ega. Epidemik parotit o'tkazgan bemorda maxsus antigemagglyutin va komplementni bog'lovchi antitanacha hosil bo'ladi, bundan tashqari teri ichi allergik sinama musbat natija beradi. Virus turli xil tashqi muhit omillariga: isitish, quritish, nurlatish, dezinfeksiyalovchi moddalar (xlor, formalin, spirt, lizol) ta'siriga sezuvchan. 700S haroratda 10 minut davomida to'liq aktivligini yo'qotadi. Lekin past haroratda, masalan: muzlatilganda (-20,-300S) bir necha oy, xona haroratida 4 kungacha biologik aktivligini saqlab turadi. Karbol kislota, kaliy permanganat, borat kislota ta'siriga turg'un, tabiatda organizmdan tashqarida epidemik parotit virusi, gripp qo'zg'atuvchisi singari turgun. Antibiotiklarga chidamli. Epidemik parotit eksperimental modeli-maymunlarda virus quloq oldi bezini shishiga olib keladi.

Epidemiologiyasi Epidemik parotit antropoz kasalliklariga kiradi. Infeksiyaning birdan bir manbai epidemik parotit bilan og'rikan bemor. Bemor yashirin davrining oxiri, klinik simptomlar yuzaga chiqishidan bir-ikki kun oldin tashqi muhit uchun xavfli hisoblanadi. Ko'proq kasallikning 3-5 kunlari zararliroq bo'ladi. Ganzburg bo'yicha yuquvchanlik davri kasallikni 9-kunida tugaydi.

Parotit bilan kasallanish sporodik holda ham, epidemik holda ham bolalar jamoalarida yoki yangi kelgan askarlar yotoqxonalarida uchraydi. Shaharda qishloq sharoitiga nisbatan 3 marta ko'p uchraydi. Epidemik parotit epidemiyasi doimiy va sekin tarqalib uzoq davom etadi. Epidemik parotit uchun davriylik xos bo'lib, epidemiya har 3-5 yilda mavsumiy qish va bahor oylarida takrorlanadi. Epidemik parotit kasalligini ko'tarilishi noyabr-dekabr oylarida boshlanib, 2-chorak boshlarida maksimal darajaga yetadi.

Infeksiyani yuqish yuli. Epidemik parotit virusi asosan havotomchi yo'li bilan, bemor organizmidan ajralma ajralishi bilan bog'liq

holda ba'zan muloqot yo'li bilan ham yuqadi. Epidemik parotitga moyillik juda yuqori.

Kontagiozlik indeksi 0,5 yoki 50% ni tashkil qiladi. 3 yoshdan 20 yoshgacha bo'lgan davrda kasallikka moyillik yuqori bo'lib, 2 yoshgacha va 40 yoshdan kattalarda kasallik kamdan kam hollarda uchraydi. Kasallikdan so'ng turg'un immunitet qoladi. Kasallik bilan qaytalanish 0,4-4% hollarda uchraydi.

Patogenezi. Burun-xalqum shilliq qavati infeksiyani kirish darvozasi bo'lib, bu yerda virus qonga o'tadi, qonda aylanib sekretor bezlarda (so'lak, oshqozon osti, jinsiy) to'planadi. Bundan tashqari miya pardalari va nerv xujayralariga o'tirib, ularni zararlaydi. Epidemik parotitni turli xil bo'lishi infeksiyani tarqalish va yuqish yo'li orqali tushuntiriladi. Erta virusemiya natijasida infeksiya gemotogen yo'li orqali tarqalib, bir-biridan uzoq, ko'p sonli a'zo va tizimlarni zararlanishi kuzatiladi. Epidemik parotitda mustahkam postinfeksion immunitet virusemiyadan so'ng kuzatiladi. Virxov fikricha, epidemik parotit rivojlanishida og'iz bo'shlig'idagi kataral yallig'lanish sabab bo'lib, jarayon so'lak yo'llariga va bezlarga tarqaladi.

Epidemik parotit patogenezida nerv tizimini zararlanishi va unga javob reaksiyasi katta ahamiyatga ega. M.A. Selimov ko'p sonli kuzatuvlar, eksperimental va virusologik tekshiruvlarga ko'ra quyidagi xulosaga keldi: epidemik parotit patogenezida nerv tizimi yetakchi rol o'ynaydi va kasallik nerv tizimining zararlanishidan boshlanadi. Varlomov kuzatishlariga ko'ra, MNS susaygan yoki shikastlangan bolalarda epidemik parotit og'ir shaklda nevrologik simptomlar bilan kechadi. Masalan: epidemik parotit epidemiyasi davrida polimielit asorat bergan bolalarning 30% ida og'ir meningoensefalit ko'rinishida, 70% ida esa yengil meningial simptomlar bilan kechgan.

Epidemik parotitda quloq oldi so'lak bezi kattalashishidan oldin MNS zararlanadi.

Epidemik parotit virusi neyrotrop xususiyati meningoensefalit bilan og'riqan bemor orqa miya suyuqligidan qo'zg'atuvchini topilishi bilan isbotlanadi. Virusni MNS da birlamchi joylashishi, ya'ni Filibert gipotezasini Selimov va boshqalar xato deb o'ylaydi.

So'lak bezlari va boshqa a'zolarida virus moslashib ko'p miqdorda to'planadi va qayta qonga o'tib, birlamchi virusemiyani kuchaytiradi. Virusemiya va virusni bezlarda to'planishi hisobiga organizmda javob reaksiyasi va mahalliy o'zgarishlar kuzatiladi.

Maksimovich 1880 yilda parotit meningiti bilan o'lganlarda bosh miya shishi, giperemiyasi, egatlarda seroz-fibrinoz ekssudat, bosh miyada to'laqonlik, perivaskulyar infiltratsiyani aniqlagan.

Klinikasi. Yashirin davri o'rtacha 12-26 kun bo'lib, ba'zan 26 kun yoki 9 kungacha qisqarishi mumkin. Klinik ko'rinishi kasallikni shakliga bog'liq. Umum qabul qilingan tasnif (N.I. Nisevich 1973 y) bo'yicha tipik va atipik shakllari farqlanadi. Tipik shakliga alohida bezli shakli-faqat bezli a'zolarining shikastlanishi (quloq oldi, jag' osti, tuxum); alohida asab shakli - faqat MNS ni shikastlanishi (seroz meningit, meningoensefalit); aralash shakli - nerv tizimi va bezli a'zolari shikastlanishi (seroz meningit, submaksillit, pankreatit, meningoensefalit). Atipik shakli noaniq shakli va belgisiz shakliga ajratiladi.

Nerv tizimini shikastlanishi. Kasallikning 3-6 kunlarida boshqa klinik formalar bilan birgalikda kechadi. Quloq oldi bezining shishi, orxit, pankreatit belgilari kuzatiladi. Klinik jihatdan nerv tizimini shikastlanishi meningit, meningoensefalit, poliradikulonevrit ko'rinishida o'tadi. Tana harorati qayta ko'tariladi. Bosh og'rig'i, ko'p qayd qilish kuzatiladi. Meningial simptomlar musbat bo'ladi. Og'ir formalarida talvasa va vasvasalar kuzatiladi. Orqa miya suyuqligi rangsiz, sitozi yuqori 0.5×10^6 dan 3×10^6 , limfotsitar xarakterda. Oqsillar miqdori 0.99 dan 1.98 gr \square l, glyukoza va xloridlar normada.

Oqibati. Epidemik parotitning oqibati yaxshi. Orxitda bepushtlik. MNS shikastlanganda parezlar, falajlar, karlik kuzatilib,

kasallik bilan qaytalanish 0,4-4% ni tashkil qiladi. Tashxis qo'yish qiyinchiliklarga ega emas. Noaniq shakllarida bir qancha qiyinchiliklar tug'dirishi mumkin. Uchta og'riqli nuqta: birinchisi pastki jag' boshchasi soxasi, ikkinchisi eshituv yo'li pastki qirrasida, uchinchisi so'rg'ichsimon o'siqni oldingi qirrasida.

Laborator usullardan-serologik tashxisot, komplement bog'lash reaksiyasi, Zaretskiy reaksiyasi tashxis qo'yishda ahamiyatga ega. Teri ichi sinamasi 24-48 soatdan so'ng musbat reaksiya berib 1-3 sm li infiltrat hosil qiladi. Orqa miya suyuqliging bosimi oshadi, tiniq, oqsil normada yoki bir oz oshgan, shakar va xloridlar miqdori oshmaydi.

Davosi. Maxsus yoki etiologik davosi yo'q. Simptomatik davolanadi. Isitmalash davrida yotoq tartibi, suyuq ovqatlar, og'izni 2% li soda eritmasi bilan chayish. Bezga quruq issiq. Orxitda 3-5 kun suspensoriy, 4-5 kun kortikosteroidlar, meningitda orqa miya punksiyasi, 1-1.5 ggkg mannitol, 40% li glyukoza, 25% li magniy sulfat, vitaminaterapiya, 3-6 ml gammoglobulin qo'llaniladi. Lozim bo'lganda antibiotiklar tayinlanadi.

Leptospirozli meningit

Leptospiroz zoonoz yuqumli kasalliklar guruhiga kiradi. O'tkir boshlanish, intoksikatsiya, isitmalash, gemorragik sindromning turli ko'rinishlari bilan, jigar, buyrak va asab tizimining zararlanishi bilan xarakterlanadi.

Tarixiy ma'lumotlar. Kasallik birinchi bo'lib 1886 yil A. Weil, 1888 yil, N.P. Vasil'ev tomonidan o'rganilgan bo'lib, uzoq vaqtgacha ular sharafiga Veyl-Vasilev kasalligi deb yuritilgan, Leptospiroz etiologiyasi 1915 yilda yapon tadqiqotchilari. R. Inada va mualliflar tomonidan aniqlangan. 1927 yilda V.A.Bashenin «suv isitmalash» nomi bilan yoritilgan. Leptospirozni o'rganishda V.I. Terskix, M.V. Zemskova, S.I. Tarasova, A.L. Lesnikova va boshqalar katta hissa qo'shishgan.

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisi leptospiralar, *Leptospira* avlodiga kiradi. Bu mikroorganizmlar avlodi ikki xildan iborat. *L.interrogans* va saprofit bo'lgan *L. biflexa*. Morfologiya jihatidan leptospiralar o'z o'qi atrofida aylangan vintsimon spiral ko'rinishida bo'lib, o'rtacha uzunligi 40 nm gacha va qalinligi 0,3-0,5 nm dir. Leptospiralar uchlari qarmoqsimon qayrilgan bo'ladi. Harakatchan, spora va kapsulasi yo'q, anilin bo'yoqlari bilan yomon bo'yaladi, gram-manfiy, oddiy ozuqa muhitlarida o'smaydi, murakkab antigen tuzilishga ega. Xozirgi paytda odam uchun patogen leptospiralarning 19 ta seroguruhga kiruvchi 160 dan ortiq serovari bor. Tashqi muhitda chidamsiz. quritilganda, qaynatilganda, tik quyosh nurlari va dezinfeksiyalovchi moddalarning oddiy eritmalari ta'sirida bir zumda o'ladi. Ammo suvda 30 va undan ortiq kun, tuproqda 3 oygacha, oziq mahsulotlarida - bir necha kun o'z xususiyatlarini yaxshi saqlaydi. Muzlatishga chidamli. Leptospiralarga dengiz cho'chqachalari beriluvchandir.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai bo'lib bemor va kasallangan yovvoyiy va uy hayvonlari hisoblanadi. Ular leptospiralarni peshob bilan ajratadilar va atrof-muhitni osonlikcha zararlaydi (ochiq suv xavzalari, tuproq, oziq-ovqat mahsulotlari va boshqalar).

Odamning kasallanishi zararlangan suv xavzalarida cho'milish, zararlangan anjomlar bilan aloqada bo'lish va zararlangan oziq-ovqat mahsulotlarini iste'mol qilish natijasida yuz beradi. Bemor odamdan sog'lom odamga yuqish kuzatilmaydi. Odatda kasallik o'choqlari o'rmon zonalarida, daryolarga yaqin joylar, botqoqlarga yondosh xududlarda joylashadi.

Kasallanish ko'proq yilning issiq oylariga (yoz-kuz) to'g'ri keladi. Bu vaqtda leptospirozning epidemiyalari bo'lishi mumkin. Sporadik holda yil bo'yi uchrashi mumkin. Leptospiroz bilan hamma yoshda kasallanish mumkin, lekin ko'proq katta yoshdagi bolalar kasallanadilar.

Patogenezi. Leptospirozda kirish darvozasi bo'lib zararlangan teri va shilliq qoplamlari (og'iz, burun, ko'z, me'da-ichak) hisoblanadi. qo'zg'atuvchi kirish joyida yallig'lanish belgilari bo'lmaydi. Limfatik yo'llar bilan leptospiralar mahalliy limfa tugunlariga boradi, so'ng qonga o'tadi (birlamchi leptospiremiya) va butun organizm bo'ylab tarqaladi, hamda ko'proq parenximatoz a'zolarida - jigar, buyrak, taloqda to'planib ko'paya boradi. Undan keyin yana qonga o'tadi (qayta leptospiremiya). Bu esa klinik belgilar boshlanishiga mos keladi. Qon bilan (ehtimol limfa ham bilan) qo'zg'atuvchi va uning toksinlari organizm bo'ylab tarqaladi va jigar, buyrak, taloq, buyrak usti bezlari, miya qobiqlari va boshqalarni zararlaydi. Kasallikning birinchi hafta oxiri, ikkinchi hafta boshlarida leptospiralarning juda ko'p xalok bo'lishi kuzatiladi. Leptospiroz patogenezining toksin yoki toksemiya fazasi rivojlanadi. Qonda aylanib yuruvchi leptospiralar toksini ko'proq qon kapillyarlarini zararlaydi va ularning o'tkazuvchanligini oshiradi. Buning natijasida ichki a'zolar, teri qoplamlarida gemorragiyalar paydo bo'ladi (universal kapillyarotoksikoz). Leptospiralar gematoensefalik to'siqni nisbatan oson yengib o'tadi va MNS ni seroz meningit va meningoensefalit shaklida zararlaydi.

Klinik ko'rinishi. Yashirin davri o'rtacha 6-14 kun, ba'zida 20 kungacha cho'ziladi. Kasallik o'tkir, tana haroratining 39-40oS gacha ko'tarilishi va kuchli qaltirash bilan boshlanadi. Bemorlar bosh og'rishiga, holsizlik, uykusizlik, mushaklarda, ayniqsa boldirda ba'zida yelka, qorin va ko'krak mushaklaridagi og'riqqa shikoyat qiladi. Mushaklar og'rish yurganda, paypaslaganda kuchayadi, lekin tinch holda ham og'riydi. Bemorning yuzi qizargan, tundlashgan, sklera tomirlari kengaygan, ba'zida lab va burun qanotlarida uchuq toshmalari bo'ladi. Kasallik avj olgan davrida (3-6 kun), ba'zi bemorlarda simmetrik joylashgan polimorf toshmalar (skarlatinasion, qizamiqsimon, og'ir hollarda gemorragik) va sarg'ayish kuzatiladi. Sariqlik klinik belgilar yo'qolish davrida ham

paydo bo'lishi mumkin. Sariqlik darajasi har xil - bilinar-bilinmasdan kuchli sarg'ayishgacha bo'ladi. Tez-tez burun qonashi, siyrak petixiyalar yoki teri va shilliq qavatlarda katta qon quyilishlargacha bo'lgan gemorragik diatez belgilari namoyon bo'ladi. Ko'proq jigar va kamroq holda taloq kattalashishi kuzatiladi. Jigar og'riqli, qonda asosan bog'langan, kam hollarda erkin bilirubinning ortishi, jigar - xujayra fermentlarining (ALT, AST, F-1-FA va boshka) bir oz ortishi kuzatiladi, protrombin va boshqa qon ivish omillarining pasayishi, cho'ktirish sinamalari musbat bo'lishi kuzatiladi. Leptospiroz uchun buyraklar zararlanishi xosdir. Kasallik avjida musbat Pasternatskiy belgisi va diurez kamayishi kuzatiladi.

Markaziy nerv sistemasining zararlanishi kasallikning 3-5 kunlariga to'g'ri keladi. Bemorlar ahvoli og'ir, kuchli bosh og'rig'i, qayd qilish kuzatiladi. Meningial simptomlar o'rtacha rivojlangan, ko'z olmasida og'riq, yorug'likga qarolmaslik, qo'zg'alish kuzatiladi.

Tashxisi. Leptospiroz tashxisi kasallikning birdaniga boshlanishi, to'lqinsimon isitmalash, mushaklar og'rishi, polimorf, ko'proq, gemorragik toshmalar, buyrak, jigar zararlanishi va xarakterli epidemiologik ko'rsatgichlarga asoslanadi. Hal qiluvchi bo'lib bakteriologik va serologik tekshiruv usullari hisoblanadi. O'tkir davrda qo'zg'atuvchi qon va likvorni, ikkinchi haftadan boshlab esa siydikni ham mikroskopiyada topilishi mumkin. Leptospiralarning ingichka, burmali, oqish ipchalar shaklida ko'rinadi (mikroskopning qora maydonida). Eng ishonchli bo'lib qo'zg'atuvchini oziq muhitlarida ekib ajratib olish hisoblanadi. Yaxshi natijalarni biologik usul beradi: bunda dengiz cho'chqachalari, quyonchalar tekshirilayotgan material bilan zararlantiriladi.

Siydikda oqsil, eritrotsitlar, gialin va donador silindrlar paydo bo'ladi. Og'ir hollarda buyrak yetishmovchiligi belgilari kuzatilishi mumkin. Qonda miyelotsitlargacha chapga surilgan neytrofilez, aneozinofiliya EChT 50 ml²soatgacha. Eritrotsitlar gemolizi ko'payganda anemiya rivojlanadi.

Serologik tashxis uchun tirik leptospiralar bilan mikroagglyutinatsiya reaksiyasi qo'llaniladi. Qondagi antitanachalar kasallikning ikkinchi haftasi va undan kechroq aniqlanadi. Diagnostik titr 1:100-1:200 ga tengdir. Shubhali hollarda kasallik dinamikasida antitanachalar titri qayta tekshiriladi. Meningitda orqa miya suyuqligi tiniq, bosimi oshgan, oqsil biroz oshgan, limfotsitar-neytrofilli poletsitoz kuzatiladi.

Davolash. Leptospiroz bemorlariga yotoq tartibini va jigar va buyrak zararlanishini hisobga olgan holda sutli-o'simlik parhezi tavsiya etiladi. Kasallik boshida antibiotiklar beriladi. Yaxshi natijalarni 50000-100000 YeD/kg sut. penitsillin 4 ga bo'lib mushaklar orasiga yuborilganda beradi. Tetratsiklin, yarim sintetik penitsillinlar, levmitsetin suksinat ham yaxshi natija beradi. Antibiotiklar bilan davolash 7-10 kun davom etadi.

Antibiotiklar bilan birga leptospiralarning keng tarqalgan serovarlari qarshi antitanachalar tutuvchi maxsus polivalent immunoglobulin ham qo'llaniladi. Immunoglobulin bolalarga 3-5 ml miqdorda mushaklar orasiga yuboriladi. Og'ir hollarda immunoglobulin inyeksiyasi 1-2 marta qaytariladi. Ko'rsatmalar bo'lsa qisqa vaqtga (5-7 kun) kortikosteroidlar tavsiya etiladi. Organizmni kuchini oshiruvchi, simptomatik va sindromli davo o'tkaziladi. Meningitda 1-1.5 ggkg mannitol, 40% li glyukoza, 25% li magniy sulfat, vitaminaterapiya, og'ir formalarida garmonaterapiya qo'llaniladi.

Oldini olish. Kasallikni oldini olish choralari ichida kasallik manbaiga qarshi kurash asosiy o'rin tutadi: bular kechiruvchilarni yo'qotish, qoramollarni veterinariya kuzatuvchi, suv xavzalarini va oziq-ovqatlarni himoya qilish, cho'milish joylarini qo'riqlash. Iflos suvlarda cho'milish, kasal hayvon go'shtini iste'mol qilish, qaynatilmagan suv ichishlar man etiladi. Epidemik ko'rsatmalarga tayanib hayvonlar, hamda odamlar leptospiraning 3 ta tipini o'zida tutuvchi o'ldirilgan polivalent leptospiroz vaktsinasi bilan

emlanadilar. Vaksina 7-10 kun oralatib ikki marta yuboriladi. Emlashdan so'ng leptospirozga chalinmaslik bir yilcha davom etadi. Shuning uchun bir yildan so'ng revaksinatsiya tavsiya etiladi.

Iersiniozli meningit

Iersinioz (ichak iersiniozi) - iersinia enterokolitika 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, Yersinia avlodi, Yersinia 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. Iersinioz qo'zg'atuvchisi O- va N- antigenlariga ega. O-antigen bo'yicha iersiniyalarning 50 tadan ortiq serovarlari farqlanadi. Odam patologiyasida O1, O5, O8 va O9 serovarlari eng ko'p ahamiyatga ega. Mikroblar k4-180S haroratda uzoq muddat saqlanishi va turli oziq-ovqat mahsulotlarida ko'payishi mumkin. o'zining biokimyoviy va kultural xossalariga ko'ra Y. Enterocolitica Y. Pseudotuberculosis ga yaqin turadi.

Epidemiologiyasi. Ichak iersiniozi manbai bo'lib, kasallikning turli shakllari bilan betob bo'lgan odam va hayvonlar, shuningdek, tashuvchilar hisoblanadi. Kasallikning yuqishi zararlangan ovqat, suvning 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 kemiruvchilardir. Lekin qo'zg'atuvchini yirik chorva mollari, cho'chqalar va uy hayvonlari (it va mushuklar) da aniqlash mumkin.

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

Patogenezi. Iersinioz va soxta sil qo'zg'atuvchilarining bir avlod - *Yersinia* avlodiga mansubligi patogenez mexanizmlarining o'xshashligini ta'minlaydi. qo'zg'atuvchi zararlangan 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 hududiy limfa tugunlariga (mezenterial 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.

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

Klinik tasnifi. Har 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) chegaralagan;
 - 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. Asoratlari xususiyatiga ko'ra: disbakterioz, zotiljam, otit, miokardit, osteomielit va boshq. Mikst-infeksiya.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri o'rtacha 1-6 kunni 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 belgilersiz boshlanadi. Bemorda titroq, bosh og'rish, 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^oS 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, gipotenziviyaga moyillik qayd etiladi. Kasallik mobaynida u yoki bu a'zoning zararlanganligidan darak beruvchi yangi belgilar paydo bo'lishi mumkin. Bemorni o'ng qovurg'a osti sohasida og'riq va og'irlik hissi, peshob rangining to'qlashganligi bezovta qilishi mumkin. So'ng teri va skleraning 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-haftasida ko'proq yirik bo'g'imlarning zararlanishi bilan kechuvchi o'tkir artrit belgilari, tugunli toshma elementlari yoki eshakemi, yuz terisi shishi (Kvinke shishi), ko'z achishi, kon'yunktivaning shishishi va giperemiyasi aniqlanadi.

Iersiniozning septik shakli kam uchraydi. U uchun sutkalik tebranishi 20 S ni tashkil qiluvchi yuqori tana harorati, titroq, jigar va taloqning kattalashuvi, boshqa a'zolarining zararlanishi xosdir. Bunda endokardit, zotiljam, o'tkir buyrak yetishmovchiligi bilan kechuvchi nefrit, meningit, meningoensefalit, gepatit rivojlanishi mumkin. Iersiniozli meningitda harorat 38-39 bo'lib, intoksikatsiya belgilari kuchli namoyon bo'ladi. Terisi oqish, og'iz-lab burchagi ko'kish bo'ladi. Bolalar ovqatdan bosh tortadi. Qayd qiladi, kuchli bosh og'rig'i kuzatiladi. Meningial simptomlar musbat bo'ladi. Og'ir hollarda ensefalit belgilari kuzatiladi. Talvasa, qo'zg'alish, sopor holatlari kuzatiladi.

Tashxisoti. Iersiniozni klinik jihatdan tashxislash 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. Tashxisni laborator jihatdan tasdiqlash uchun qon, najas, orqa miya suyuqligi, yallig'langan mezenterial limfa tugunlari va appendikulyar o'simtalardan olingan materialni ozuqa muhitlariga ekish lozim. Serologik usullardan agglyutinatsiya reaksiyasi (AR), eritrotsitar diagnostikumlar bilan olib boriluvchi bilvosita gemagglyutinatsiya reaksiyasi (BGAR), lateksagglyutinatsiya, immunoferment tahlili (IFT) qo'llaniladi. AR va BGAR spetsifik 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 koprokulyturalar ko'pincha kasallikning 1-haftasida aniqlanadi. Ichak iersiniozida gemogramma o'rta miyona leykotsitoz, tayoqcha yadroli hujayralar sonining ba'zan yetilmagan shakllarigacha siljishi bilan kechuvchi neytrofillyoz, EChT ning tezlashuvi bilan tavsiflanadi. Iersiniozli gepatitda umumiy

bilirubin miqdorining oshishi qayd etiladi. Bu bevosita bilirubin qismi evaziga amalga oshadi. ALAT va AsAT fermentlari faolligi biroz oshadi yoki o'zgarmasligi ham mumkin. Iersiniozli meningitda orqa miya suyuqligi bosimi oshgan, tiniq, oqsil o'zgarmagan, aralash poliotsitoz kuzatiladi. Xujayralar 300-500ta.

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 tetratsiklin 0,5 g dan kuniga 4 mahal; levomitsetin 0,5 g dan kuniga 4 mahal. Mushak ichiga streptomitsin 0,5 g dan kuniga 2 mahal buyurilishi mumkin. Kasallikning septik shaklida sefalosporinlar va ftorxinolonlar 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, regidratatsion tadbirlarni, gistaminga qarshi vositalar, vitaminlarni o'z ichiga oladi. Artritlarda va tugunli eritemada antibiotiklar kam samara beradi, shuning uchun patologik jarayonni bartaraf etish uchun bodga qarshi preparatlar va kortikosteroidli gormonlar qo'llaniladi. Meningitda diuretiklar, gormonlar, dezintoksikatsion terapiya buyuriladi.

Adenovirusli serozli meningitlar

Adenovirusli serozli meningitlar juda kam uchraydi. Kasallikning adenovirus tabiatli ekanligini rinofaringit, kon'yuktivit, limfadenopatiyali bemorlarda gumon qilish mumkin. Shunga xos xususiyatli klinik formalarda (faringokon'yuktival isitma, pardali

kon'yuktivit, keratokon'yuktivit), shuningdek kollektivlarda epidemik tarqalishi davrida tashxis qo'yish oson.

Nerv sistemasining zararlanishi kasallikning avj olish davrida rivojlanadi. Meningeal va meningoensefalit belgilarning paydo bo'lishi bemor holatining birmuncha yomonlashuviga olib keladi, biroq umumiy miya va po'stloq belgilar har doim aniq yuzaga chiqmaydi. Ensa mushaklari rigidligi o'rtacha, Kernig va Brudzinskiy belgilari kam sezilarli, ayrim vaqtlari umuman bo'lmaydi. OMS bosimi uncha baland emas, pleotsitoz yuqori emas (100-200).10/l limfotsitlar hisobiga: oqsil, qand va xloridlar miqdori o'zgarmagan.

Bolalarda meningopolinevritlar va poliomielsimon formasi nerv sistemasi zararlanishi kuzatilishi mumkin. Kasallikning kechishi asosan yaxshi sifatli. Tashxisni erta laborator tasdiqlash uchun burun halqum shilliq qavati hujay-ralaridan RIF yordamida va OMS dan spetsifik antigenlarni topish usuli qo'llaniladi. Retrospektiv diagnostika uchun, juft zardoblarda adenovirus antigen bilan RSK qo'llaniladi. Antitelalarning 4 marta va undan yuqori bo'lishi diagnostik titr hisoblanadi.

Yapon chivini ensefaliti

Yapon chivini ensefaliti 1924 yili alohida kasallik sifatida Kaneko tomonidan yozib qoldirilgan. Kasallik birinchi bor Yaponiyada kuzatilganligi uchun, u yapon ensefaliti deb atalgan. Keyinchalik uni Koreya, Xitoy, Osiyo va Uzoq Sharq o'lkalarida ham kuzatishgan. Bu kasallik sporadik tarzda boshqa o'lkalarda ham uchrab turadi. Yapon chivini ensefaliti mavsumiy kasallik bo'lib, kasallanish faqat avgust va sentyabr oylarida kuzatiladi. Sovuq tushishi bilan chivin ensefaliti bilan kasallanish to'xtaydi. O'zbekistonda bu kasallik uchramaydi.

Etiologiyasi. Kasallik turli yoshda uchraydi, biroq u ko'pincha 15 yoshgacha bo'lgan bolalarda kuzatiladi. Chivin chaqishi orqali organizmga arboviruslar guruhiga kiruvchi filtrlanuvchi virus

tushadi. Virus gematogen yo'l bilan barcha a'zo va to'qimalarga tarqaladi. Yashirin davri 10–14 kunni tashkil qiladi.

Patomorfologiyasi. Patomorfologik o'zgarishlar, asosan, miya pardalari, bosh miya po'stlog'i va uning oq moddasida, po'stloqosti yadrolarida rivojlanadi. Shuningdek, miya arteriyalari ham zararlanadi va shu bois, periarterial sohalarda peridiapedez gemorragiyalar kuzatiladi.

Klinikasi. Yapon chivini ensefaliti klinikasi to'satdan o'tkir boshlanadi. Birdan tana harorati ko'tariladi va 41°C gacha yetadi. Butun tana bezgak tutgandek titray boshlaydi. Tana harorati 10 kun mobaynida pasaymaydi. Bu davrda bemor kuchli bosh og'riq, butun tananing qaqshab og'rishi va titrashidan shikoyat qiladi. Og'ir sopor va koma holatlari juda kam uchraydi.

Hushning buzilishi, asosan, karaxtlik, uyquchanlik, alahsirash, gallyutsinatsiya va deliriya ko'rinishida bo'ladi.

Bemorning nevrologik statusi tekshirilganda meningeal simptomlar, markaziy tipda harakat buzilishlari (gemi- va monoparez, spastik gipertonus, giperrefleksiya) va epileptik xurujlar aniqlanadi. Shuningdek, giperkinezlar, bulbar falajlik va miyacha simptomlari ham uchrashi mumkin.

Biroq orqa miyaning zararlanishi bilan bog'liq periferik falajliklar kuzatilmaydi. Parkinsonizm sindromi ham bo'lmaydi. Ichki a'zolar esa zararlanishi mumkin, ya'ni bunday bemorlarda o'pka shishi, zotiljam, miokardit va nefropatiya rivojlanadi. Qonda kuchli leykotsitoz va limfopeniya aniqlanadi, EChT oshadi. Likvorda limfotsitar pleotsitoz kuzatiladi, oqsil miqdori 1–2 g/l ga oshadi.

Tashxis. Epidemiologik anamnez, mavsumiylik, klinik va laborator ma'lumotlarga asoslanib qo'yiladi. Tashxisni aniqlashda serologik reaksiyalardan ham foydalaniladi.

Kechishi va prognoz. Kasallik o'tkir neyroinfeksiyalarga o'xshab kechadi. Kasallikning birinchi haftasidayoq o'lim 50–70 % ni tashkil

qiladi. Qolgan holatlarda bemorlar yengil nogironlik bilan kasallikdan chiqib ketishlari mumkin.

Davolash. Maxsus davolash usullari ishlab chiqilmagan. Asosan, simptomatik terapiya o'tkaziladi.

Ekonomoletargik ensefaliti

Tarixi. Kasallik epidemiyasi 1915 yili Varden qal'asini himoya qilayotgan fransuz askarlari orasida tarqalgan. Jang maydonidagi askarlar xandaqlarda uxlab qolishavergan. Askarlar orasida bu holat ommaviy tarzda kuzatilganligi uchun "Dushmanlar kimyoviy qurol ishlatishgan bo'lsa kerak" degan xayolga borishgan. 1917 yili vengriyalik nevrolog Ekonomo bu kasallikni chuqur o'rgana boshlaydi. Ekonomo ushbu kasallikda bosh miyaning zararlanishi, letargiya kuzatilishi va uning epidemik tarzda uchrashiga e'tibor qaratadi. U shunday deb yozadi: «askarlardagi bu holat kimyoviy vosita tufayli emas, balki qandaydir infeksiya sababli rivojlangan». O'sha davrdan buyon bu kasallik Ekonomo letargik ensefaliti deb atab kelinmoqda. 1915 yili boshlangan epidemiya Yevropa davlatlari, Ukraina va Rossiyaning g'arbiy chegaralarini qamrab oladi. Kasallik epidemiyasi AQSh da ham kuzatiladi. Bir qancha davlatlarni egallagan ushbu letargik ensefalitning epidemik tarzda uchrashi 1927 yilgacha davom etadi. Keyinchalik kasallik sporadik tarzda uchray boshlaydi. Hozirda bu kasallik klassik ko'rinishda deyarli uchramaydi.

Etiologiyasi. Kasallikni chaqiruvchi virus aniqlanmay qolingan. Kasallanish, asosan, kech kuz va qish oylariga to'g'ri keladi. Kasallik havo-tomchi yo'li orqali yuqadi. Kasallikning yashirin davri 14 kungacha davom etadi.

Patomorfologiyasi. Asosan, ekstrapiramidal yadrolar, talamus, gipotalamik soha va miya ustuni zararlanadi. Ushbu to'qimalarda turli darajadagi degenerativ o'zgarishlar rivojlanadi.

Klinikasi. Kasallik o'tkir boshlanadi. Tana harorati 39-40°S ga ko'tariladi. Yuqori nafas yo'llarida o'tkir respirator infeksiyaga xos simptomlar, ya'ni bosh og'riq, holsizlik, uyquchanlik, ko'ngil aynish va qusish paydo bo'ladi. Mushaklar tortishib, og'riy boshlaydi. Tana harorati 2 hafta mobaynida yuqori darajada saqlanib turadi. Kasallikning o'tkir davridayoq bu kasallik uchun juda xos bo'lgan chuqur va uzoq davom etuvchi uyquchanlik boshlanadi. Bu holat Letargiya deb ataladi.

Bemorni turtib uyg'otishsa, u tez uyg'onadi. Ammo oradan bir daqiqa o'tmasdan u yana uxlab qolaveradi. Bemor uyg'ongan taqdirda ham ko'zini to'la ochmay karaxt holatda bo'ladi. Bemorni yonbosh yotqizsa ham, o'tqizib qo'ysa ham, hatto tik ushlab tursa ham uxlab qolaveradi. Bemorni uyg'otmasa, u haftalab uxlayveradi. Shuning uchun ham "letargiya" atamasi kasallik nomida ham aks etgan. Letargiya kasallikning o'tkir davri uchun xos. Ba'zida, aksincha, bedorlik kuzatiladi, ya'ni bemor kunduzi ham, kechasi ham uxlay olmaydi.

Kasallikning o'tkir davri uchun xos bo'lgan yana bir simptom - bu diplopiya. Diplopiya ko'zni harakatlantiruvchi nerv yadrolari zararlanishi natijasida paydo bo'ladi. Diplopiya bilan birgalikda, ikkala ko'zda ham yarim ptoz holati, ko'z harakatlarining chegaralanishi, konvergensiya va akkomadatsiyaning buzilishi kuzatiladi.

Qorachiqqlarning akkomadatsiya va konvergensiya reaksiyasining yo'qolib, yorug'likka esa saqlanib qolishi epidemik ensefalit uchun juda xosdir. Bu simptomlar majmuasi Arjil -Robertson teskari simptomi deb ataladi. Ekonomo ensefaliti uchun letargiya naqadar xos bo'lsa, ushbu simptom ham shu qadar xosdir. Vegetativ buzilishlar ham kasallikning o'tkir davri uchun ajralmas simptomlardan biridir. Gipersalivatsiya, kuchli darajada terlash va teridan yog'ning ko'p ajralib chiqishi deyarli doimo kuzatiladigan vegetativ buzilishlardan hisoblanadi. Og'izdan so'lak

shu darajada ko'p ajralib chiqadiki, bemor kechayu kunduz og'ziga sochiq tutib o'tiradi. Hatto yostiq ham og'izdan tinmay oqayotgan so'lakka bo'kib ketadi.

Ensefalitning o'tkir davridayoq mushaklar tonusi plastik tarzda oshadi, oligokineziya va bradikineziya belgilari paydo bo'la boshlaydi. Biroq falajliklar kuzatilmaydi. Bemor birov yordamida yoki o'zi mustaqil ravishda xonada yurishi mumkin. Psixomotor qo'zg'alishlar xos emas. Ruhiy buzilishlar yengil asteno-vegetativ buzilishlar ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Kasallikning o'tkir davri o'tgach, uning surunkali davri boshlanadi.

Ekonomo ensefalitining surunkali davri uchun klassik tarzda namoyon bo'luvchi parkinsonizm sindromi xos. Amimiya, oligokineziya, bradikineziya, mushaklarda plastik gipertonus, propulsiya, lateropulsiya va retropulsiya kabi bir qator simptomlar vujudga keladi. Kasallikning bu davri yillab davom etadi.

Bugungi kunda epidemik ensefalit yengilroq va atipik tarzda kechadi. Avvaliga bemorda O'RI belgilari kuzatiladi. O'RI fonida ortiqcha uyquchanlik, diplopiya, vegetativ-vestibulyar buzilishlar paydo bo'ladi. Letargiya, kuchli gipersalivatsiya, parkinsonizm kabi og'ir nevrologik buzilishlar kuzatilmaydi.

Kechishi va prognoz. Kasallik, odatda, bir necha oydan bir necha yilgacha davom etadi. O'tkir davri 1 haftadan 4 oygacha cho'ziladi va bu davrda 30 % bemor vafot etadi. Asoratlari – og'ir parkinsonizm va ruhiy buzilishlar. Ensefalitning surunkali davrida bemor qo'shimcha ravishda paydo bo'lgan infeksiyalardan vafot etadi.

Davolash. Maxsus davolash usullari yo'q. Asosan, simptomatik davolash muolajalari o'tkaziladi. Kasallikning surunkali davrida davolash xuddi parkinsonizmni davolash usullari kabi olib boriladi.

Kana ensefaliti

Bu kasallik dastlab "Tayga ensefaliti" deb nomlanadi va uning quyidagi sinonimlari paydo bo'ladi: bahorgi-yozgi, sibir, endemik, uzoq sharq, kana ensefaliti. Hozirda "Kana ensefaliti" atamasi ko'p qo'llaniladi. Ushbu kasallik qalin chakalakzorlardan iborat o'rmonzorlari bor o'lkalarda ko'p tarqalgan. Kana ensefaliti O'zbekistonda juda kam uchraydi.

Etiologiyasi. Kana ensefaliti virusi neyrotrop arboviruslar guruhiga mansub bo'lib, odam organizmiga, asosan, kana chaqishi va kam hollarda alimentar yo'l orqali o'tadi. Alimentar yo'l orqali o'tish echkinning xom sutini iste'mol qilganda ro'y beradi. Sigir organizmida kana ensefaliti virusi rivojlana olmaydi. It, qo'y, cho'chqa, ot, maymun va oq kalamushlar ushbu virusga sezgir bo'lishadi. Bu kasallik bemor kishidan sog'lom kishiga yuqmaydi va kasallangan odamda kana ensefalitiga nisbatan turg'un immunitet qoladi. Kana ensefaliti mavsumiy ensefalitlar sirasiga kiradi va kasallanish bahor-yoz mavsumiga (apreldan avgustgacha) to'g'ri keladi. Bu mavsum kanalarning faolligi va balog'atga yetishi hamda o'rmonzorlarga dam olish va ishlashga chiquvchilar soni ko'payishi bilan bog'liq. Kana ensefaliti bo'yicha endemik o'choqlarda yashaydiganlar qonida kana ensefalitiga qarshi antitanachalar aniqlangan. Shuning uchun ham o'rmonzorlarda doimiy yashovchilar va ishlovchilar kana ensefaliti bilan kam kasallanishadi yoki ularda kasallik yengil kechadi.

Patogenezi. Kana teriga chuqur yopishib oladi va odamning qonini so'ra boshlaydi. Virus teriga o'tgan zahoti ko'paya boshlaydi va mahalliy yallig'lanish reaksiyasini yuzaga keltiradi. Oradan 4-5 kun o'tgach, kana teridan o'zi tushib ketadi. Ba'zida odam o'z tanasida kanani ko'rib, uni qo'li bilan olib tashlaydi. Odatda, kana chaqishi og'riqsiz bo'ladi. Shuning uchun ham odam kana chaqqanini sezmay qoladi.

Virus qonga tushgach, virusemiya davri boshlanadi, ya'ni virus qon orqali barcha a'zo va to'qimalarga tarqaladi. Kasallikning

yashirin davri 5–25 kunga, oʻrtacha 7–14 kunga teng. Alimentar yoʻl orqali zararlanishda inkubatsiya davri juda qisqa boʻlib, 2–3 kunni tashkil qiladi. Virus, asosan, oshqozon-ichak sistemasining epitelial hujayralarida koʻpayadi. Kuchli neyrotropizmga ega kana virusi asab sistemasi toʻqimalarigacha kirib boradi. Virus ichki aʼzolarida ham uchraydi

Patomorfofologiyasi. Nerv sistemasi qon tomirlari, neyronlar va glial toʻqimada yiringsiz yalligʻlanish reaksiyalari kuzatiladi. Mayda qon tomirlar atrofida peridiapedez gemorragiyalar paydo boʻladi, ganglioz hujayralarda degenerativ oʻzgarishlar yuzaga keladi. Kuchli degenerativ oʻzgarishlar orqa miyaning boʻyin kengligi motor xujayralari va kranial nervlarning harakat neyronlarini qamrab oladi. Patologik oʻzgarishlar, shuningdek, bosh miya pardalari, poʻstloq, poʻstlogʻosti yadrolari, spinal ildizchalar, periferik nervlar va gangliyalarda ham kuzatiladi.

Klinikasi. Kasallik oʻtkir boshlanadi. Tana harorati 39–41°S ga koʻtariladi. Bemor chidab boʻlmas darajada kuchli bosh ogʻriqdan shikoyat qiladi, koʻngli aynib, ketma-ket qusa boshlaydi. Keyinchalik kuchli ogʻriqlar butun tanaga yoyiladi. Bu ogʻriqlar, asosan, miya pardalari, spinal ildizchalar, gangliyalari va periferik nervlarning oʻtkir taʼsirlanishi sababli yuzaga keladi. Bemor holsiz boʻlib yotib qoladi. U hushini yoʻqotmaydi yoki yengil sopor holatida boʻladi. Tana harorati 5–6 kun mobaynida koʻtarilib turadi. Kasallikning dastlabki kunidayoq meningeal simptomlar paydo boʻladi va kun sayin zoʻrayib boradi.

Bir hafta oʻtar-oʻtmay, yelka va boʻyin muskullarida periferik falajliklar rivojlanadi. Bemorning boshi oldinga egilib qoladi. Bu simptom kana ensefalitidan darak beradi. Bemorning tashqi koʻrinishi xuddi maxsus marosimlarda boshini egib taʼzim qilib turgan odamni yoki bir ayb ish qilib qoʻyib, boshini egib tanbeh eshitayotgan bolani eslatadi. Ushbu simptomning yuzaga kelishi n. accessories yadrosi va segmentlarning oldingi shoxi yadrolari

degeneratsiyasi bilan bog'liq. Bemor boshini qo'li bilan iyagidan ushlab ko'tarib yuradi. Bulbar simptomlar, ya'ni disfagiya, disfoniya va dizartriya paydo bo'ladi. Ammo ular yaqqol ifodalangan bo'lmaydi. Qo'lning proksimal muskullarida harakat buziladi: bemor qo'lini tepaga ko'tara olmaydi, tanasidan uzoqlashtira olmaydi, tirsak bo'g'imida bukib-yoza olmaydi. Bitseps va tritseps reflekslar pasayadi. Qo'lning distal muskullari esa deyarli zararlanmay qoladi. Bu simptomlar majmuasini "yuqori poliomielit sindromi" deb ham atashadi. Atrofiyaga uchrayotgan muskullarda kuchli fibrillyatsiya va fastsikulyatsiyalar ko'zga tashlanadi. Kasallikning yashin tezligida kechuvchi og'ir turlari ham mavjud. Bunday holatlarda tana harorati yuqori darajagacha ko'tarilib, bemor hushini yo'qota boshlaydi. Unda kuchli psixomotor qo'zg'alishlar paydo bo'ladi. O'tkir meningoensefalit belgilari, intrakranial gipertenziya va miya shishi bilan namoyon bo'luvchi kana ensefalitining bu turi koma rivojlanishi bilan yakunlanadi. Aksariyat hollarda esa o'lim bilan tugaydi.

Kasallikning o'tkir davrida qo'llardagi periferik falajliklar bilan bir qatorda, oyoqlarda markaziy falajlik belgilari paydo bo'lishi mumkin.

Buning sababi – kortikospinal piramidal yo'llarning miya ustuni va orqa miyaning bo'yin qismi sohasi zararlanishi bilan bog'liq. Ammo markaziy falajlik belgilari periferik buzilishlarga qaraganda tez orqaga chekinadi. Kasallik boshlanganidan 1 hafta o'tgach, tana harorati pasaya boshlaydi. Meningeal simptomlar orqaga chekinadi va og'riqlar kamayadi. Kasallik yengil kechgan hollarda periferik falajlik belgilari kamayib, harakat funksiyalari butunlay tiklanadi. Kasallik og'ir kechgan hollarda bo'yin va yelka muskullarida umrbod atrofik falajliklar saqlanib qoladi. Biroq harakat funksiyalarining faol tiklanish davri bir yilgacha davom etishini esda tutish lozim.

Kana ensefaliti 5–10 % hollarda atipik tarzda kechadi. Kasallikning atipik kechuvchi turlari – bular meningit, xoreik giperkinezlar, Jekson va Kojevnikov tipidagi epilepsiyalar,

dementsiya, tarqoq ensefalomielit, mielit va poliradikulonevropatiyalar.

Tashxis. To'g'ri tashxis qo'yish uchun avvalambor, epidemiologik anamnez yig'ilishi kerak. Bemorning endemik o'choqlarda bo'lganligiga va xom sut iste'mol qilgan-qilmaganligiga e'tibor qaratiladi. Shuningdek, kana ensefalitiga xos klinik simptomlarga e'tibor qilinadi. Bemorning teri qoplamlari, ayniqsa, bo'yin va qo'ltiqosti sohalari tekshirib chiqiladi.

Laborator tekshiruvlardan qon va likvor analizlari o'tkaziladi. Kasallikning o'tkir davrida likvor bosimi ko'tariladi, limfotsitar pleotsitoz paydo bo'ladi va oqsil miqdori 1,0 g/l dan oshadi. Qonda yallig'lanish reaksiyalari aniqlanadi, ya'ni EChT oshadi va leykotsitoz kuzatiladi. Serologik tekshiruvlar kasallik etiologiyasini aniqlashga yordam beradi. Serologik reaksiyalardan, asosan KBR (komplementni bog'lash reaksiyasi), GTR (gemagglyutinatsiyani tormozlash reaksiyasi) va neytralizatsiya reaksiyasi qo'llaniladi. KBR usuli kasallikning faqat 2-haftasidan boshlab ijobiy natija beradi. Kasallikning dastlabki bosqichida virusni qon va likvordan ajratib olish mumkin.

Qiyosiy tashxis. Kana ensefalitini o'tkir boshlanuvchi deyarli barcha neyroinfeksiyalar bilan qiyoslashga to'g'ri keladi. Ayniqsa, kasallikning o'tkir davrida aniq tashxis qo'yish mushkul hisoblanadi. Qiyosiy tashxis o'tkazishda kana ensefaliti uchun o'ta xos bo'lgan simptom - boshning oldinga egilib qolishiga e'tibor qaratish lozim. Kana ensefalitining atipik kechuvchi turlari qiyosiy tashxisni qo'yishda biroz qiyinchiliklar tug'diradi. Unda boshqa klinik simptomlar, kasallikning kechishi va laborator ko'rsatkichlar e'tiborga olinadi.

Davolash. Bemor zudlik bilan infeksiyon kasalliklar shifoxonasiga yotqiziladi va etiotrop davolash muolajalari boshlanadi. Bemorga analgetiklar, diuretiklar, gemodilyatatsiya muolajalari, antikonvulsantlar va S vitamini beriladi. Maxsus parhez talab

etilmaydi. Bemor ko'p miqdorda suyuqlik iste'mol qilishi zarur. Asosan, meva sharbatlari va mineral ichimliklar beriladi. Kasallik asoratlari, ya'ni periferik falajliklarni davolashda esa vitaminlar, fizioterapiya va badantarbiya kabi muolajalardan foydalaniladi.

Ikkilamchi ensefalitlar

- Grippda kuzatiladigan ensefalit.
- Qizamiq ensefaliti.
- Qizilcha ensefaliti.
- Suvchechak ensefaliti.
- Emlashdan so'ng rivojlanadigan ensefalit (ensefalomielit).

Grippda kuzatiladigan ensefalit

Gripp gipertermiya, intoksikatsiya va yuqori nafas yo'llari zararlanishi bilan kechadigan o'tkir yuqumli kasallik. Nerv sistemasining zararlanishi gripp epidemiyasi vaqtida, bemorlar umumiy sonining o'rtacha 0.3 dan 6.5% ni tashkil qiladi. Gripp ko'p asoratlari beradi, shu jumladan nerv sistemasiga ham. Ensefalit gripp paydo bo'lgandan so'ng rivojlanadi va, shu bois, ikkilamchi ensefalitlar guruhiga kiradi.

Ensefalit rivojlanishi uchun grippning umumiy belgilari to'la o'tib ketishi shart emas.

Etiologiyasi va patogenezi.

Agar grippni A (A1, A2, A3) va V guruhga kiruvchi viruslar chaqirsa, ularning deyarli hammasi GEB dan o'tib, nerv sistemasini zararlaydi. Bu viruslar postgrippoz meningit, ensefalit, ensefalomielit kabi asoratlari beradi.

Gripp virusi sog'lom odamga bemordan havo-tomchi yo'li orqali yuqadi. Virus organizmga tushgach, hujayralar ichiga kirib oladi va ko'paya boshlaydi. Virus bir necha soat ichida butun organizmga tarqaydi. A guruhiga mansub gripp virusi toksinlari o'ta zaharli bo'lib, kuchli neyrotoksikozni yuzaga keltiradi. Bu toksinlar kapillyarlar devorini mo'rtlashtiradi va buning oqibatida miya to'qimalarida

ishemik va gemorragik infarkt o'choqlari paydo bo'ladi. Shuningdek, miya pardalari va parenximasida yallig'lanish reaksiyalari yuzaga keladi. Ensefalit patogenezida serebral mikrosirkulyatsiya buzilishi va toksinlarning miya to'qimalariga destruktiv ta'siri yetakchi o'rinni egallaydi. Toksinlarning xorioidal chigallarga qo'zg'atuvchi ta'siri miya suyuqligi gipersekretsiyasiga sabab bo'ladi. Buning natijasida IKG rivojlanadi. Shuningdek, gipotalamus markazlari zararlanishi kuchli darajada ifodalangan vegetativ buzilishlarni, ayniqsa, organizm uchun xavfli bo'lgan gipertermiyani yuzaga keltiradi.

Klinikasi. O'tkir boshlanadi, tana harorati 40°S gacha ko'tariladi. Yuqori nafas yo'llarida kataral yallig'lanish simptomlari paydo bo'ladi. Odatda, bir hafta o'tar-o'tmay bemorning ahvoli og'irlasha boradi va organik nevrologik simptomlar rivojlana boshlaydi. Bu esa virusning miya to'qimalariga o'tgani va ularni zararlayotganini ko'rsatadi. Nevrologik simptomlardan giperkinezlar, gemiparez, okulomotor buzilishlar, ataksiya va sezgi buzilishlari vujudga keladi. O'choqli nevrologik simptomlardan oldin meningeal simptomlar paydo bo'lishi mumkin. Ba'zida epileptik xurujlar kuzatiladi. Agar meningeal simptomlar o'choqli nevrologik simptomlar bilan bir qatorda uzoq vaqt saqlanib qolsa, unda meningoensefalit rivojlangan bo'ladi.

Gripp epidemiyasi vaqtida, tipik klinik manzaraga qarab, tashxis qiyinchilik tug'dirmaydi, biroq immunoflyuorassent usuli yordamida, tezda tashxisni virusologik tashxislash kerak

Davolash

Davolash muolajalari o'tkir virusli neyroinfeksiyalarda olib boriladigan davolash usullariga o'xshaydi.

Prognoz. Erta boshlangan davolash muolajalari og'ir nevrologik asoratlarsiz bemorning tuzalib ketishiga mezon yaratadi. O'lim kam kuzatiladi. Qo'shimcha ravishda zotiljam rivojlansa, bemorning hayoti uchun o'ta xavflidir. Ba'zida o'tkir grippez ensefalitlar gemorragik tipda rivojlanadi va og'ir kechib, o'lim bilan tugaydi

Gerpetik ensefalit

Gerpetik ensefalit birlamchi ensefalitlarga kiruvchi kasallik bo'lib, uni oddiy herpes virusi chaqiradi. Gerpetik ensefalit mavsumiy ensefalitlar guruhiga kirmaydi va epidemik tarzda uchramaydi. Bu kasallik yil bo'yi deyarli bir xil tarqalgan va u barcha davlatlarda kuzatiladi. Gerpetik ensefalit bilan kasallanish 1 000 000 aholiga 2-4 kishini tashkil qiladi. Bu kasallik turli yoshda uchraydi.

Etiologiyasi va patogenezi. Barcha virusli ensefalitlarning deyarli 20 % gerpetik infeksiyalar orqali chaqiriladi. Kasallanish, asosan, 5-30 yoshlarda uchraydi. Kam hollarda 50 yoshdan oshganlar kasallanishadi. Ma'lumki, oddiy herpes virusining (OGV) 2 tipi farqlanadi: OGV-1 va OGV-2. Gerpetik ensefalitning deyarli 95 % ini OGV-1 chaqiradi. Ekzogen tarzda tushgan virus MNS ga gematogen va perinevral yo'llar orqali yetib boradi va hidlov piyozchasi (*bulbus olfactorius*) orqali miyaga o'tadi. Shuning uchun bo'lsa kerak, gerpetik ensefalitda bosh miya chakka bo'lagining ikkala tomoni ko'p zararlanadi. Gerpetik ensefalitlarda miya ustuni kam hollarda zararlanadi.

Patomorfologiyasi. Gerpetik ensefalitda bosh miyada morfologik o'zgarishlar peshona va chakka bo'limining medial sohasida topiladi. Bosh miya strukturasi tanlab zararlashiga balki virusning hid bilish yo'llari (hid bilish piyozchasi) yoki uch shoxli nerv shahobchalalarining uchlamchi tugundan perinevral bo'shlig'iga tarqalishi sababdir. Bosh miya parenximasining limfotsitar infiltrlanishi bilan o'tkir gemorragik nekrozga uchrashi xos.

Klinikasi. Kasallik juda o'tkir boshlanadi. Tana harorati 39-40°S ga ko'tarilib, o'tkir respirator infeksiya belgilari paydo bo'ladi. Oradan 2-3 kun o'tar-o'tmay meningeal simptomlar rivojlanadi, bemor hushini yo'qota boshlaydi. Ketma-ket tonik-klonik epileptik xurujlar va psixomotor qo'zg'alishlar paydo bo'ladi. Gerpetik ensefalitning o'tkir davridayoq o'choqli nevrologik simptomlar, ya'ni

monoparez, gemiparez, giperkinez va nutq buzilishlari rivojlana boshlaydi.

Serebrospinal suyuqlikda yallig'lanish reaksiyalari aniqlanadi: limfotsitlar soni juda oshib ketadi, shuningdek, oqsil miqdori ham ko'tariladi, biroq pleotsitoz ustunlik qiladi. Demak, gerpetik ensefalit uchun likvorda hujayra-oqsil dissotsiatsiyasi xos.

Tashxis. Yig'ilgan anamnez, klinik simptomlar va laborator tekshiruvlarga asoslanib qo'yiladi. Immunoferment analiz (IFA), polimeraz zanjirli reaksiya (PZR) va elektron mikroskopiya usullari keng qo'llaniladi. Kasallikning o'tkir davridayoq MRT da bosh miyaning turli sohalarida, ayniqsa, ichki kapsula va ekstrapiramidal yadrolar atrofida zichligi past patologik o'choqlar paydo bo'ladi.

Kechishi. Kasallik juda og'ir kechadi. Bir necha kun ichida bemor komaga tushadi. Bemor komada yotganda ham tana harorati yuqori bo'ladi. Bu holat o'tkir virusli infeksiyalar uchun xosdir. Kasallik 70-80 % holatlarda o'lim bilan tugaydi. Biroq antivirusli terapiya o'z vaqtida va yetarli miqdorda o'tkazilsa, bemorning hayoti saqlab qolish mumkin. Antibiotiklar yordam bermaydi. Ular faqat ikkilamchi bakterial infeksiyalarning oldini olish yoki bartaraf etish uchun qo'llaniladi. Ba'zida bemorlar hech qanday asoratsiz tuzalib ketishadi.

Ba'zan gerpetik ensefalitning nevrologik simptomlari surunkali tarzda namoyon bo'la boshlaydi. O'choqli nevrologik simptomlarning asta-sekin paydo bo'lishi va MRT da patologik o'choqlarning yuzaga kelishi, gerpetik ensefalitni MNS o'smalari bilan qiyoslashni talab etadi.

Asoratlari. Gerpetik ensefalit o'tkazganlarda, ayniqsa, bolalarda turli darajada ifodalangan nevrologik va psixoorganik buzilishlar saqlanib qoladi, intellekt pasayadi. MRT da patologik o'choqlarning hammasi ham so'rilib ketmaydi, ya'ni nekrotik o'choqlar saqlanib qoladi. EEG da katta amplitudali delta to'lqinlardan iborat bioelektrik faollik aniqlanadi.

Davolash. Gerpetik ensefalitni davolashni albatta viruslarga qarshi preparatlar bilan o'tkazish kerak. Atsiklovir (zoviraks) 10 mg/kg dozada venaga tomchilab, kuniga 3 mahal buyuriladi. Davolashning davomiyligi 10-12 kun. O'tkir gerpetik ensefalitga aniq tashxis qo'yish qiyin, ammo viruslarga qarshi preparatlarni iloji boricha erta buyurilganda davoning samarali bo'lishi ta'minlanadi. Atsiklovirni ensefalitning gerpetik tabiatda bo'lishiga shubha qilingan barcha hollarda buyurish tavsiya qilinadi. Bemorlarga shuningdek, suv-elektrolit muvozanatini tutib turishga, bosh miya faoliyatini yaxshilovchi, epileptik tutqanoqlarni to'xtatishga qaratilgan simptomatik terapiya buyuriladi.

Ekzantemali kasalliklarda ensefalitlar

Suvchechakda asab tizimining zararlanishi 0,1-0,7% hollarda kuzatiladi. Bulardan 90% ensefalitlar tashkil qiladi. Ensefalitlar ko'pincha birlamchi immunodefitsit holatidagilar, yatrogen immunosupressiya va organlar transplantatsiyasi o'tkazilganlarda kuzatiladi. Ensefalitlar spetsifik-aynan virus keltirib chiqargan va bakterial infeksiya qo'shilishi hisobiga bo'ladi. Suvchechak ensefaliti, meningoensefaliti, kam hollarda mielitlar, nefritlar, miokarditlar kiradi. Markaziy asab tizimi kasallik birinchi kunlarida, toshmalar avjiga chiqqanda zararlanishi mumkin. Ensefalit belgilari o'tkir boshlanadi. Bunda bemor ahvoli og'ir bo'lishi, gipertermiya, umumiy belgilarni tezda paydo bo'lishi xos. Xushdan ketish, talvasalar kuzatiladi. Ahvoli bir oz yaxshilanganda o'choqli belgilar va tez o'tib ketuvchi gemiparez paydo bo'ladi. Oqibati yaxshi. Bunday asoratlar kam uchraydi. Suvchechak ensefaliti ko'proq qatqaloqlar paydo bo'lish davrida rivojlanadi va kasallik o'tkir davri og'irligi bilan bog'liq emas. Ahvoli yaxshilanishi, harorat tushishidan bir necha kun o'tgach holsizlik, bosh og'rishi, qusish, isitmalash kabi belgilar paydo bo'ladi. Tremor, nistagm va ataksiya kabi miya zararlanishi belgilari xos bo'ladi. Bemor yurganda gandıraklaydi, yura va o'tira olmaydi,

boshi aylanadi. Gapirganda ovozi sekin dizartrik bo'lib qoladi, gipotoniya, harakat koordinatsiyasi buzilishi (barmoq-burun, tizza-tovon sinamalari) kuzatiladi. Meningeal belgilar yo'q yoki kuchsiz bo'ladi. Likvor tiniq, ba'zida biroz limfotsitli, sitoz aniqlanadi, oqsil va qand o'zgarmaydi. Oqibati yaxshi. Bir necha kundan keyin ataksiya kamayadi, lekin gandaraklash bir necha oy saqlanishi mumkin.

Qizilchali ensefalit, qizilcha bilan kasallangan 5000—7000 bemordan bittasida kuzatiladi. Ensefalit belgilari toshmalar yo'qolishi bilan yoki ekzantema vaqtida paydo bo'ladi. Qizilcha ensefaliti kasallikning 3-5 va 9-15 kunlari kuzatiladi. Boshlanishi o'tkir, bosh og'rig'i, qayd qilish, haroratning ko'tarilishi kuzatiladi. Bemorlard umumiy es-xushining yomonlashishi, keyinchalik kloniko-tonik talvasalarning rivojlanishi, komatoz holatlar, gemiparezlar aniqlanadi. Kasallikning birinchi kunidan o'choqli simptomlar: giperkinezlar, opistotonus, xoreoatetoz kuzatiladi. Kam hollarda markaziy parez holatlari kuzatiladi. Ataksiya, tremor mushaklar gipotoniyasi va nutqning buzilishi km hollarda uchraydi. Ba'zida meningial simptomlar, psixoz holatlari ham bo'lishi mumkin. Bemorlarning ahvoli ko'p hollarida o'ta og'ir bo'ladi. Miya shishi va bulbar o'zgarishlar kuzatiladi. Ba'zida tana xaroratining kritik tushishi va simptomlarning tezda orqaga qaytishi kuzatilishi mumkin. Ensefalitdan o'lim ko'rsatkichi juda yuqori bo'ladi.

Qizamiqda ensefalit bolalarda 0,4-0,5% hollarda kuzatiladi. Immunosupressiv terapiya olayotgan onkogematologik va onkologik kasallarda ko'proq uchraydi. Kasallikning toshma toshish davrining 3-4 kunlarida uchraydi. Tana xarorati keskin ko'tariladi. Xushi yo'qoladi, talvasa kuzatiladi. Tarqoq toniko-klonik talvasalar, psixosensor buzilishlar, alahlashlar, gallyutsinatsiyalar bo'ladi. O'choqli nevrologik o'zgarishlar zararlanishning joylashishiga bog'liq. Mono-gemiparezlar, miyacha zararlanish belgilari kuzatiladi. Orqa miya zararlanishi qo'shilganda spinal paralich va parezlar

kuzatiladi. Qizamiqdan keyingi ensefalitlarda tuzalgandan keyin epilepsiya va gidrosefaliya 15-20 % hollarda kuzatiladi.

Diagnostika.

Qizamiq, qizilcha, suvchechakda kuzatiladigan ensefalitlar uchun

- qizamiq, qizilcha, suvchechak bilan muloqat;
- tana xaroratining qayta ko'tarilishi;
- hushning buzilishi;
- tarqoq toniko-klonik va lokal talvasalar;
- o'choqli simptomlar xos.

Orqa miya suyuqligida limfotsitar poliotsitoz va bir oz oqsillar miqdorining oshganligini ko'rish mumkin. Kasallik chaqiruvchisini aniqlash uchun IFA tekshiruvi PZR o'tkaziladi. Serologik tekshiruvlarda KBR, RNGA, RTGA spetsifik antitanachalarning oshganligini ko'rish mumkin.

Davolash.

Albatta shifoxonaga ajratilgan xonalarga yotqiziladi. Qattiq yotoq rejimi buyuriladi. Glyukokortikoidlar (dekson, gidrokartizon, prednizolon) dehidratatsiya maqsadida (manitol, laziks), talvasaga qarshi preparatlar (relanium, lyuminal, GOMK), mikrosirkulyatsiyani yaxshilash uchun (trental, kavinton, instenon) buyuriladi. Ko'rsatmaga qarab namlangan kislorod buyuriladi, intubatsiya qilinadi, sun'iy nafas apparatlariga olinadi.

TURLI XIL MENINGITLARNING DIFFERENSIAL-DIAGNOSTIK BELGILARI

Meningit formalari	Qaysi yoshda ko'p uchraydi	Kechish xususiyatlari	Kasallikka xos klinik kurinishi		Teridagi o'zgarishlar	Orga miya suyuqligi	Qon	Orga miya suyuqligining virusologik va bakteriologik tahlili	Patomorfologik tekshirishlar
			Meningeal sindrom	Ensefalitik sindrom					
SEROZLI MENINGIT BAKTERIAL FORMA									
Brucelllyozli	Kattalarda	O'tkir osti boshlanib, og'ir kechadi	Sust ifodalangan.	O'rtachalifodalangan, ba'zan birdan rivojlanishi Harakterli.	Ko'zati maydi	O'rtacha bosimi oshgan, limfotsitar yoki neyetrofilli sitoz. Suyuqlik larkibidagi oqsil miqdori oshgan.	O'rtachaleykosi toz, ECHT tezlashgan.	Qonda ekqanda brutsellia tayokchasi topiladi, serologik reaksiya musbat	Miya pardasi va bosh miya to'qimasida yalliglanish va distrofik o'zgarishlar aniqlanadi
Leptospirozli	Kattalarda	O'tkir boshlanib, og'ir kechadi	Uzok vaqt davom etadi	Tez-tez, o'rtacha ifoda langan ba'zan birdan tez bo'ladi.	Gerpetik toshmalar toshadi	Suyuqligi toza bosimi baland, neyetrofilli yoki limfotsitar 1 mkl da 100-400 hujayra. Sitoz, tarkibidagi oqsil oshgan.	ECHT tezlashgan. Qon formulasi ning chapga sillishi monotsitoz, cozinofiliya, trombotsitopeniya	Qonda leptospiroz topiladi, serologik reaksiya musbat	Miya pardalari da, bosh va orqa miyada shish ko'zatil, ba'zan o'choqli va subaraxno-idal qon kuyilishlar,

						qand normada			kichik qun tomirlarda tromboz, bosh miyada nektrobiotik o'choqlar
Mikoplazmali	Har qanday yoshda	O'tkir respirator simptomlar bilan boshlanadi, og'ir kechadi	Asta-syokinlik bilan susayishi kuzatiladi	O'rtacha uzok vakt saqlangan	Ko'zati- maydi	Tiniq, ba'zan buyalgan, pleotstoz 1 mkl da 20 dan 3500 gacha hujayra, polinukleodit lar bilan birgalikda (60-95 % hollarda tarkibidagi oqsil normada yoki ko'paygan, qand normada)	EChT rezlash-gan, leyko-sitoz o'rtacha	Ekqanda mlkoplazma aniqlanadi.	
Zaxmli	Birlamchi sifilid-lar bilan erta yoshdagi bolalar, ikkilam-chi kattalar kasallanadi	Asta-syokinlik bilan boshlanadi, ba'zan o'tkir, simptomslaz o'tkir, o'sti, surunkali, ba'zan retsidiv berishi mumkin	O'rtacha ifodalanadi, yoki ko'zatiilmaydi.	Yashirin formasi-da susi ifodalan-gan, o'tkir shaklida birdan turli xil o'choqli simptom-llar, epileptik xurtujlar, va psixi-kaning buzillishi kuzatiladi	Sifillik toshmalar toshishi mumkin.	Boslm Yuqori, 1 mkl da 1000-2000 hujayra Lmfotsitlar oshgan. Tarkibidagi oqsil normada yoki ko'paygan,	EChT rezlash-gan, qon formula-chapga silllganmonoksi toz, eozinofilya	Qonga ekqanda ok spiraxelatopil adi Vasserman reaksiyasi musbat	Miya pardasi seroz suyuqlik, ko'pinq miya stvli soxasi va ku'ruv sistemasi da kuzatiladi.

						0,5-0,6 % hollarda fibrin parda tushgan bo'lishi mumkin.			
Tuberkulyozl i	Ko'proq bolalar kasalla- nadi	Asta-syoklik bilan boshlanadi, o'tkir ba'zan o'tkir ost, ba'zan meningit disseminirlangan upka tubergo'lyoz- li fonida kechadi	O'rtacha, ba'zan birdan tipik meningeal pozada kuzatiladi.	Ko'proq birdan, turli xil o'choqli simptom- li, psixik buzilish va diense- fal uzga- rishlar bilan namoyon bo'ladi.	Ba'zan Trusso doglari	Suyuqlik tiniq yoki buyalgan, bosim odarda kularilgan, (300-500 mm.suv.ust.), 1 mlkda pleotsitoz 100-500, ba'zan 1000- 2000, hujayra limfo- Silar aniqlanadi oqsil oshgan. O'rtacha 1,1- 3,3 % ba'zan 30-60 % ba'zan tarqibida qand pasaygan, fibrin parda tushadi.	Leykotsi- toz 10000 gacha 12000 qon formula- si chappa siljiganurtilim- fopeniya, monotsi- toz, ECHT o'rtacha tezlash- gan.	Sill tayokchasi qonda topiladi, serologik reaksiya musbat	Miya pardalari- ning serozli yalligla- nishi, protsessning asosan miya asosida joylashishi, miya qon tomrlarida ekssudativ- prolifera- tiv va produktiv o'zgarishlar, miya to'qimasida o'choqlar, suyak, upka va boshqa a'zolarida birlamchi sill o'choqlari.

VIRUSLIFORMASI

Gerpetik	Turli xil yoshdagilar kasallanadi	O'tkir boshlanadi, o'tkir, o'tkir osti, ba'zan abortiv kechadi	Ifodalangan	O'rtaicha ifodalangan	Tert shilliq kavatlarga gerpetik toshmalar toshadi	Suyuqlik tiniq, limfotsitar pleotsitoz 1 nkl da bir necha 10, bir necha 100 hujayra, oqsil o'rtaicha yoki oshgan.	O'rtaicha leykopeniya	Gerpes virusi ajraladi	Bosh va orqa miya pardasida shish va bukish
Grippozli	Turli xil yoshdagilar kasallanadi	O'tkir boshlanadi, o'tkir, o'tkir osti, ba'zan abortiv kechadi.	Ifodalangan	O'rtaicha ifodalangan bo'lishi mumkin	Tert va shilliq kavatlarda petexial toshmalar toshadi	Limfotsitar pleotsitoz 1 mkl da 200-300 hujayra. Tarkibida oqsil pasaygan, ba'zan qon bo'ladi.	O'rtaicha leykopeniya, EChT tezlashgan.	Qonda gerpes virusi topiladi, serologik reaksiya musbat	Bosh miya shilliq kavatta shish va bukish, limfold infiltratsiya, staz, qon kuyrilish kuzatiladi.
Parotit virusi chakirgan meningit	Ko'proq bolalar 5-12 yoshda yoki yosh bolalar kasallanadi	O'tkir boshlanadi, o'tkir, o'tkir osti, abortivli kechishi mumkin	Yaqqol ifodalangan	Ko'proq birdan, ba'zan hushning yo'qalishi, psixomotor qo'zg'inishlar ko'zatladi.	Ko'zatlama ydi	Suyuqlik tinliq, bosim oshgan 300-400 mm.suv ust. 1 mkl da pleotsitoz 100 hujayra. Tarkibidagi oqsil o'rtaicha oshgan, qand normada.	. O'rtaicha leykotsitoz, EChT kuchaygan.	Qonda parotit virusi topiladi, serologik reaksiya musbat	Bosh miya to'qimasi va pardasida serozli yallig'lanish, oshkozon osti bezida yallig'lanish aniqlanadi

Tuberkulyozlari	Ko'proq bolalar kasallanadi	Asta-syokinlik bilan boshlanadi, o'tkir ba'zan o'tkir osti, ba'zan meningit disseminalangan upka tubergolyozli fonida kechadi	O'rtacha, ba'zan birdan tipik meningeal pozada kuzatiladi.	Ko'proq birdan, turli xil o'choqli simptom-ll, psixik buzilish va diensefal uzgarishlar bilan namoyon bo'ladi.	Ba'zan Trusso doglari	0,5-0,6 % hollarda fibrin parda tushgan bo'lishi mumkin.	Suyuqlik tniq yoki buyalgan, bosim odatda kularilgan, (300-500 mm.suv.ust.), 1 mlkida pleotsioz 100-500, ba'zan 1000-2000, hujayralimfo-Sitlar aniqlanadi oqsil oshgan. O'rtacha 1,1-3,3 % ba'zan 30-60 % ba'zan tarkibida qand pasaygan, fibrin parda tushadi.	Leykotsit- toz 10000 gacha 12000 qon formula- si chappga silliganurtlim-fopeniya, monotsit- toz, ECHT o'rtacha tezlashgan.	Sill tayokchasi qonda topiladi, serologik reaksiya musbat	Miya pardalari-ning serozli yalliglanishi, protsessning asosan miya asosida joylashishi, miya qon tomirlarida eksudativ-prolifera-tiv va produktiv o'zgarishlar, miya to'qimasida o'choqlar, suyak, upka va boshqa a'zolarida birlamchi sill o'choqlari.
-----------------	-----------------------------	---	--	--	-----------------------	--	---	--	---	--

									dumbokchal ari mavjud
Gonokokkidi	Chakaloklar da va kattalarda uchraydi	O'tkir boshlanadi, o'tkir kechadi, ba'zan chuziluvchan shakli ham uchraydi	Asta- syokinlik bilan ifodalang an	O'rta chacha ifodalangan bo'lishi mumkin	Kuzatilmay di	Suyuqlik loyqa, bosimi oshgan, sitoz 1 mkl da 10000, asosan neytrofillar xisobiga, oqsil miqdori oshgan, gand kamaygan	ECHT oshgan, o'rta chacha leykotsitoz	Qonni tekshirganda, gonokokk topiladi, serologik reaksiyalar musbat	Bosh va orqa miya pardalarida yiringli yalliglanish, sinuslarda va miya venalarida trombez aniqlanadi
Kolibatsilliylar II	Asosan erta yoshli bolalarda, ka'proq chakaloklar da kuzatiladi	Asta-syokinlik bilan boshlanib, kechadi	Asta- syokinlik bilan ifodalandi yoki kuzatilmay ydi	O'rta chacha ifodalangan	Kuzatilmay di	Suyuqlik loyqa, bosimi to'lginsimon, pleotsitoz bir necha 1 mkl da 100 dan 1000 ga hujayra, asosan neytrofillar xisobiga, oqsil va gand oshgan bo'lishi mumkin	ECHT oshgan, leykotsitoz o'rta chacha	Qondan ichak layokchasi topiladi, serologik reaksiyalar musbat	Miya pardalarida yiringli yalliglanish, kolienterit, yiringli otit, pielonefrit
Listeriozli	Chakaloklar da uchraydi	O'tkir boshlanadi, o'tkir kechadi, ba'zan o'tkir osti va chuziluvchan bo'ladi	Yaqqol ifodalang an	O'rta chacha yoki yaqqol ifodalangan	Kuzatilmay di	Suyuqlik loyqa, bosimi oshgan, pleotsitoz	ECHT tezlashgan, leykotsitar formula chapga	Qonda listeriyalar topiladi, serologik	Yumshok miya pardalarida yalliglanish

						aralash, 1 mkl da bir necha 100 dan bir necha 1000 gacha hujayra, oqsil miqdori oshgan	siljigan, monotsitoz, eozinofiliya	musbat	a xos o'zgarishlar: bosh miya shishi, gliperemiya, diapredzili qon kuyilishlar
Afanashev-Pleyffer gemoglobino filli tayokchasi orqali chakirilgan meningit	Erta yoshdagi bolalarda, ko'proq kattalarda, kalta yoshdagi bolalarda uchraydi	Asta-syokinlik boshlanadi, chuziluvchan kechadi	Kamroq ifodalandi	O'rtacha ifodalangan bo'lishi mumkin	Gemorragik loshnalar toshadi	Suyuqlik loyqa, pleotsitoz 1 mkl da 800 dan 13000 hujayra. Oqsil miqdori oshgan 1-3 %gacha, qand kamaygan	Neytrofilli leykotsitoz (12000-37000)	Qonda Afanashev-Pleyffer tayokchasi topiladi, serologik reaksiyalar musbat	Miya pardalarida yiringli yalliglanishlar, bosh miya va ichki organlarda gemorragik nekrozlar aniqlanadi
Kuk yiring tayokchasi chakirgan meningit	Erta yoshdagi bolalarda	O'tkir boshlanadi, o'tkir kechadi, ba'zan yashin tezligida utadi	Yaqqol ifodalangan	Tez-tez o'rtacha ifodalangani, ba'zan yaqqol	kuzatilmaydi	Suyuqlik loyqa, ba'zan yashil-havo rangda, neytrofilli pleotstoz 1 nkl da 10000 hujayra, oqsil miqdori oshgan, qand miqdori kamaygan	Neytrofilli leykotsitoz (12000-37000) EChT yaqqol oshgan	Qonda kuk yiring tayokchalari bor. Serologik reaksiyalar musbat	Miya pardasida yiringli yalliglanish, bosh miyada ko'pgina abscesslar, miya tomirlarida tromboz
Meningokokk li	Ko'proq 3 oylikdan 3 yoshgacha	O'tkir boshlanadi. Ko'proq yashin tezligida kechadi,	Yaqqol ifodalangan	Hushningyo'qolis hiva ruhiy buzilishlar, ba'zan	Badanda petexial rozcolali,	Suyuqlik loyqalangan, bosimi	Leykotsitoz 30000 va undan ko'p, qon	Qonda meningokokk topiladi.	Miya pardasida yiringli

		Leikin o'tkir, o'tkir osti va chuziluvchan shakllari uchraydi		klonik-tonik talvasalar kuzatiladi	rozcola-papulyozli toshmalar, shilliq kavatlarda gerpetik toshmalar kuzatiladi	oshgan, pleotsioz 1 mkl da 15000 dan va undan ko'p hujayra. Asosan neyetrofillar xisobiga, oqsil miqdori oshgan, qand miqdori kamaygan.	formulasida leykotstiar formula chapga siljigan. ECHT tezlashgan. O'rtaча gipoxrom kamqonlik kuzatiladi	Serologik reaksiyalar musbat	yalliglanishli arteriit, o'z. ichki a'zolarida bosh miya tomirlarida kuzatiladi
Pnevmonokokk	Ko'proq kukrak yoshidagi bolalarda, kamroq erta yoshdagi bolalarda uchraydi	O'tkir boshlanadi, chuziluvchan, to'liqinsimon kechish shakllari uchraydi	Yaqqol ifodalangan	Yaqqol ifodalangan bo'lib, ba'zan hushning buzilishi va ruhiy o'zgarishlar, ba'zan kloniko-tonik talvasalar kuzatiladi	Badanda, qo'l-oyoqlarda petexial toshmalar kuzatiladi	Suyuqlik loyqa, yiringli ba'zan yashil-qo'rang, bosini oshgan, pleotsioz 1 mkl da 1000ta va undan ko'proq hujayra. Asosan neyetrofillar xisobiga, oqsil miqdori ko'payadi, qand miqdori pasaygan	Leykotstioz 30000 ta va undan ko'p. Leykotstiar formula chapga siljigan. ECHT tezlashgan, gipoxrom anemiya.	Qonda pnevmokokk topiladi, serologik reaksiya musbat	Miya pardalarida yiringli yalliglanish, bosh miyada, upka, urta quloq, burun tusligida yiringli yalliglanish kuzatiladi

Salmonelli yozli	Ko'proq 6 oygacha bo'lgan bolalarda kuzatiladi	O'tkir boshlanadi. Ba'zan o'tkir osti, o'tkir yoki chuziluvchan kechadi	Yaqol Ifodalangan agan	O'rtacha Ifodalangan	Badan va qo'l- oyoqlarda loshmalar kuzatiladi	Suyuqlik loyqa, bosimi kamaygan, neytrofilli pleotsitoz, oqsil miqdori oshgan, qand pasaygan	Leykotsitoz 20000 va undan Yuqori	Qonda salmonellalar topiladi. Serologik reaksiya musbat	Yumshok miya pardalarida yiringli yalliglanish, bosh miya to'qimasida tulaqonlik, qon kuyilishi belgilari kuzatiladi
Stafilokokkili	Ko'proq 6 oylikdan 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi	Ko'p hollarda teri, teri osti katlaml, ichki a'zolarning yiringli yalliglanishi asosida o'tkir boshlanadi. O'tkir ko'pincha esa yashin tezligida kechadi	Ifodalang an	O'rtacha, ba'zan yaqol ifodalangan	Ba'zan terida yiringli yalligla nish kuzatiladi	Suyuqlik loyqali, bosimi oshgan, pleotsitoz 1 mkl da 2000- 3000 hujayra. (neytrofillar xisobiga) oqsil 12 % gacha oshgan. Qand kamaygan	Neytrofilli leykotsitoz. Leykotsitar formula chapga siljigan. ECHT tezlashgan	Qonda stafilokokk topiladi. Serologik reaksiyalar musbat	Miya pardasida yiringli yalliglanish, miya venalarida tromboz, sinuslarda va ichki a'zolarida absesslar kuzatiladi
Streptokokki	Ko'proq 6 oylikdan 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi	Ko'p hollarda teri, teri osti katlami, ichki a'zolarning yiringli yalliglanish asosida o'tkir boshlanadi. O'tkir ko'pincha esa yashin tezligida kechadi	ifodalang an	O'rtacha, ba'zan yaqol ifodalangan	Ba'zan terida yiringli yalligla nish kuzatiladi	Suyuqlik loyqali, bosimi oshgan, pleotsitoz 1 mkl da 2000- 3000 hujayra (neytrofillar xtsobiga)	Neytrofilli leykotsitoz. Leykotsitar formula chapga siljigan. ECHT tezlashgan	Qonda gemolitik yoki yashil rangli stafilokokk topiladi. Serologik reaksiya musbat	Miya pardasida yiringli yalliglanish, miya pardalarida trombozlar kuzatiladi. Miyada, ichki

Serozi va yiringli meningitlarni chaqiradigan zamburuglar va soddalilar

						oqsil 12 % gacha oshgan. Qand kamaygan			a'zolarida abscesslar mavjud
Amyobali	Bolalar va yoshlarda uchraydi	Ifodalangan	O'rtacha, ba'zan o'tkir osti boshlanadi	O'rtacha, ba'zan yaqol ifodalangan	kuzatilmay di	Suyuqlik tinig, neytrofilli pleotsitoz, oqsil oshgan, qand miqdori kamaygan	EChT tezlashgan, qon formulasi chapga siljigan	Mikroskopda suyuqlikda amyoba topiladi	Miya pardasida yiringli yalliglanish, bosh miya to'qimasida ulgan amyobalar topiladi
Blastominoz li	Turli xil yoshdagilar da uchraydi	O'tkir boshlanadi, chuziluvchan kechadi	Yaqol ifodalangan	O'rtacha, ba'zan yaqol ifodalangan	kuzatilmay di	Suyuqlik tinig, loyqalangan yoki ksantoxrom li, baland hosimli pleotsitoz 1 miki da 200- 800 hujayra, ku'pincha aralash bo'ladi. Limfotsitar formula chapga siljigan, oqsil miqduri oshgan. qand	EChT tezlashgan. Leykotsitoz- Qon formulasi chapga siljigan	Qonda kriptokokklar topiladi	Miya pardalarida serozli yalliglanish

Qandidozli	Ko'proq katta yoshdagilar da uchraydi	O'tkir boshlanadi, ba'zan asta-syokin surunkali kechadi	Yaqqol ifodalangan	O'rtacha ifodalangan	kuzatilmaydi	Suyuqlik tiniq, ba'zan buyaluvchan, bosimi baland Pleotsitoz 1 mlkda 1000 hujayra, ko'pincha aralash yoki neyetrofilli. Oqsil 1-2 % gacha oshadi	EChT tezlashgan, leykotsitloz, qon formulasi chapga silligan, gipoxrom anemiya	Qonda achitkisimon zamburuglar topiladi	O'tkir yalliglanish. Miya pardasining o'tkir yalliglanishi yoki surunkali produktiv jarayonli gigantsimon donadorlik kuzatiladi
Mukorozli	Ko'proq kattalarda uchraydi	O'tkir boshlanadi, ba'zan chuziluvchan kechadi	Ifodalangan	O'rtacha ifodalaniishi mumkin	kuzatilmaydi	Suyuqlik tiniq, eritrotsitlar, leykotsitlar aniqlanadi, oqsil miqdori oshgan	EChT tezlashgan, o'rtacha leykotsitloz	Orqa miya suyuqligida yoki burun ajralmasida mikoplazmalar topiladi	.
Toksoplazmozli	Turli yoshdagilar da uchraydi	O'tkir boshlanadi. Ba'zan o'tkir yoki chuziluvchan kechadi	Sust ifodalangan	O'rtacha ifodalaniishi mumkin	kuzatilmaydi	Suyuqlik tiniq, ksan-toxromiya, bosimi oshgan. Limfotsitar pleotsitoz 1 mlkda 1500 gacha hujayra. Oqsil miqdori oshgan	EChT tezlashgan	Orqa miya suyuqligi tekshirilgan da toksoplazma aniqlanadi	Miya pardalarida seroz yalliglanishi kuzatiladi

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Bolalarda neyroinfeksiya. Skripchenko N.V. SPb. Taktik-Studio 2015.856 s.
2. Skripchenko N.V., Vilnits A.A., Ivanova M.V. "Bolalarda bakterial yiringli meningitni tashxislash va davolash bo'yicha tavsiyalar (protokollar). 2013.11 bet.
3. Bolalar yuqumli kasalliklari: meditsina institutlari, pediatriya fakul'tetlari uchun darslik. Timchenko V.I., 2012. 623 bet.
4. Baranov A.A., Namazova-Baranova L.S., Mayanskiy N.A., Kulichenko T.V., Polunina T.A. 2011-2012 yillarda Moskvadagi kasalxonalarga yotqizilgan bolalarda bakterial infeksiyalar tarkibidagi Streptococcus Pneumoniae ning roli. *Pediatrik farmakologiya*, 2013, 10(5); 6-12.
5. Koroleva IS, Beloshitskiy GV, Mironov K.O. "Pnevmonokokkli meningit bilan og'riqan bemorlardan ajratilgan pnevmokokklar serotipi xarakteristikasi. *Zamonaviy pediatriya muammolari*, 2012, 4 (11): 122-127.
6. Tatochenko V.K., Ozeretskovskiy N.A., Fedorov A.M. *Immunoprofilaktika* 2014 yil. M., 2014.199 b.
7. Информационный бюллетень. Россия референс марказining bakterial meningitlar bo'yicha monitoringi, 2016.34 s.
8. Skripchenko N.V., Ivanova M.V., Vilnits A.A., Skripchenko Ye.Yu. "Bolalarda neyroinfeksiya: tendentsiyalari va istiqbollari. *Perinatologiya va pediatriya Rossiya byulleteni*", 2016 yil, 4: 9-22.
9. Melnikov V.L. i soavt. Epidemiologicheskie i klinicheskie osobennosti techeniya meningitov i meningoensefalitov // *Vestnik PenzGU*. 2019. №2 (26).
10. Aftaeva L.N., Melnikov V.L. Klinicheskie osobennosti techeniya meningitov // *International scientific review*. 2016. №8 (18).

**Ergasheva M.Y., Rabbimova N.T.,
Mustaeva G.B., Matyakubova F.E**

NEYROINFEKSIYALAR

O'quv qo'llanma

Guvohnoma raqami: 233-1216

“SAMARQAND” nashriyoti

Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA

Musahhih — Anvar UMRZOQOV

Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV

Sahifalovchi — Zarina NUSRATULLAYEVA

Dizayner — Davron NURULLAYEV

“SARVAR MEXROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.

Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.

Samarqand shahar, Mirzo Ulug'bek ko'chasi, 3-uy.

Bosishga 25.05.2022 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 10

Bichimi 60x841/16. “Times New Roman” garniturasida. 6.98 bosma taboq.

Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 17/2023

Tel/faks: +998 93 199-82-72, e-mail: sarvarmexrojbaraka@gmail.com

