

М.К. ЯРМУХАМЕДОВА, М.М. АЧИЛОВА
З.Э. КАРАМАТУЛЛАЕВА



ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**

**М.К. ЯРМУХАМЕДОВА, М.М. АЧИЛОВА,
З.Э. КАРАМАТУЛЛАЕВА**



**“Юқумли касалликлар” фанидан
П А Р А З И Т А Р
К А С А Л Л И К Л А Р**

Ўқув қўлланмаси

*Таълим соҳаси: Соғлиқни сақлаш – 510000
Мутахассислик: Юқумли касалликлар
Юқумли касалликлар мутахассислиги бўйича
Бирламчи мақсадли шитисослаштириш курси*

*Ўқув қўлланма Самарқанд давлат тиббиёт университети Илмий Кенгашининг
31-март 2021-йилда бўлиб ўтган йнгилишидаги “8”- сон баённомасига кўра
тасдиқланиб, чоп этишига рухсат берилган.*



УЎК 616.9-08(075.8)
КБК 55.17я73
Я 75

Ярмухамедова М.К., Ачилова М.М., Караматуллаева З.Э.

Паразитар касалликлар [Матн] : ўқув қўлланма / М.К. Ярмухамедова, М.М. Ачилова, З.Э. Караматуллаева.-Самарқанд: Samarqand, 2023.-136 б.

Тузувчилар:

- Ярмухамедова М.К.** –Самарқанд давлат Тиббиёт университети, Юқумли касалликлар кафедраси доценти, т.ф.н.
- Ачилова М.М.** –Самарқанд давлат Тиббиёт университети, Юқумли касалликлар кафедраси ассистенти
- Караматуллаева З.Э.** –Самарқанд давлат Тиббиёт университети, Юқумли касалликлар кафедраси ассистенти

Такризчилар:

- Ахмедова М.Д.** – Тошкент тиббиёт академияси юқумли ва болалар юқумли касалликлар кафедраси профессори, т.ф.д.
- Облокулов А.Р.** – Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти юқумли касалликлар ва эпидемиология кафедраси мудири, т.ф.д., профессор
- Суванкулов У.Т.** – Л.М. Исасв номидаги Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт маркази филиали директори, т.ф.н.

Ушбу ўқув қўлланмада паразитар касалликларнинг этиологияси, эпидемиологияси, клиник таснифи, клиникаси, таъхисот усуллари батафсил ёритилган. Шунингдек, ўқув қўлланмада касалликларнинг даволаш усуллари ва профилактика усуллари кенг тўхталиб ўтилган. Ушбу ўқув қўлланма амалий йўналишга эга бўлиб, курсантларга юқумли касалликлар фанидан юзага келган саволларга ойдинлик киритишга ёрдам беради. Ушбу ўқув қўлланма Юқумли касалликлар мутахассислиги бўйича Бирламчи мақсадли ишхисослаштириш курси учун мул.жалланган.

ISBN 978-9943-9150-8-4

© Ярмухамедова М.К., Ачилова М.М.,
Караматуллаева З.Э.
© Samarqand 2023

МУНДАРИЖА

ҚИСҚАРТМАЛАР ИЗОҲИ.....	4
СЎЗ БОШИ.....	5
ПАРАЗИТЛАРНИНГ УМУМИЙ ТАВСИФИ.....	6
АСОСИЙ ҚИСМ.....	13
ЭНТЕРОБИОЗ (ЭНТЕРОБИОСИС)	13
АСКАРИДОЗ (АССАРИДОСИС).....	22
ГИМЕНОЛЕПИДОЗ (ҲЕМИНОЛЕПИДОСИС).....	30
ТЕНИАРИНХОЗ	37
ЭХИНОКОККОЗ.....	44
ЦИСТИЦЕРКОЗ.....	51
ТОКСОПЛАЗМОЗ	58
БЕЗГАК.....	78
ЛЯМБЛИОЗ.....	126
ТИББИЙ АТАМАЛАР (ГЛОССАРИЙ).....	133
ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РУЙХАТИ.....	135

ҚИСҚАРТМАЛАР ИЗОҲИ

В – ЛП – β	–липопротеидлар
АлАТ	–аланинаминотрансфераза
АР	–агглютинация реакцияси
АРВТ	–антиретровирус терапия
АсАТ	–аспартатаминотрансфераза
АТФ	–аденозинтрифосфат кислота
ГКС	–глюкокортикостероидлар
ДНК	–дезоксирибонуклеин кислота
ДПМ	–даволаш профилактика муассасаси
ЖССТ	–жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ПЗР	–полимераз занжирли реакция
ИФТ	–иммунофермент таҳлил
КБР	–комплементни бириктириш реакцияси
МАТ	–марказий асаб тизими
НК	–нуклеин кислоталар
РНК	–рибонуклеин кислота
СВГ	–сурункали вирусли гепатитлар
ЭЧТ	–эритроцитларнинг чўкиш тезлиги
МДХ	–мустақил давлатлар ҳамдўстлиги
ЎБЕ	–ўткир буйрак этишмовчилиги
РТ	–ретикуляр таначалар
ЭТ	–элементар таначалар

СЎЗ БОШИ

Паразитар касалликлар табобатнинг долзарб муаммоларидан биридир. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг малумотига кўра гелминтозларнинг дунёдаги тарқалиши қуйидагича: дунё аҳолиси сони 6 миллиард бўлса, гелминтозлар билан 1.4 миллиард яъни, 23.3% ни ташкил этади.

Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти экспертлари мълумотларига кўра Африка, Осиё, Эвропа ва Америка 88 мамлакатидан 12 миллион одам лейшманиоз билан зарарланган. 350 миллион одам хавфли гуруҳга кирса, йилига 1,5 дан 2 миллионгача одам касалланади. Безгак касаллиги билан 2016 йилда 2015 йилга нисбатан 5 миллион кўп, яъни 91 мамлакатдан 216 миллион одам касалланган. Лямблиоз касаллиги билан ҳар йили 200 млн атрофида зарарланса, атиги 500 минг кишида клиник кўриниш юзага келиши мумкин. Токсоплазмоз билан эса эр юзида 2 млрд. одам зарарланган бўлса, 200 мингга яқин бола туғма токсоплазмоз билан дунёга келади. Бактериал ва вирус инфекцияларига қарши кураш борасида замонавий тиббиёт улкан ютуқларга эришган бўлсада, паразитологияга хос кўп муаммолар ҳанузгача долзарблигича қолмоқда. Паразитар инвазиялар билан касалланиш кўрсаткичларининг ўсиши замонавий, ўта сезгир диагностик усулларнинг татбиқ этилиши билан ҳам боғлиқ.

ПАРАЗИТЛАРНИНГ УМУМИЙ ТАВСИФИ

Бир хужайрали ҳайвонлар кичик олами ўз навбатида 5 та типга бўлинади: 1. Саркомастигофоралар (Сарсомастигопхора). 2. Споралилар (Спорозоа). 3. Миксоспоридиялар (Миссоспоридиа). 4. Микроспоридиялар (Мисроспоридиа). 5. Инфузориялар (Инфузориа). Булардан споралилар, миксоспоридиялар ва микроспоридиялар типларига кирувчи барча турлари паразитлик қилиб ҳаёт кечиради. Саркомастигофоралар ва инфузориялар типларига кирувчи бир хужайрали ҳайвонлар асосан эркин ҳолда ҳаёт кечиради. Лекин уларнинг орасида ҳам маҳсулдор ҳайвонлар ва одамда паразитлик қилиб оғир касалликлар ва ҳатто ўлимга олиб келадиган турлари бор.

Саркодалилар (Сарсодина) синфига 11000 га яқин тур киради. Паразит ҳолда яшайдиган турлари асосан амёбалар туркумига мансубдир. Одам ва ҳайвонларда амёбалар туркумининг бир неча турлари паразитлик қилади. Улар орасида ичбуруғ (дизентериа) амёбаси (ентомоеба хистолйтиса) одамларнинг йўғон ичагида паразитлик қилиб, амёбиаз, яъни қонли ичбуруғ билан оғришга сабаб бўлади. Умуман одам организмида амёбаларининг 5 та тури учрайди. Уларнинг 4 таси зарарсиз ҳисобланиб, асосан йўғон ва кўр ичаклардаги бактериялар ҳисобига яшайди.

Лейшмания (Леишманиа) уруғининг вакиллари ҳам трипаносомаларга бирмунча ўхшаш тузилган, лекин улар одамнинг терисида ва ички органларида паразитлик қилади. Улар хужайра ичида паразитлик қилганидан хивчин ҳосил қилмайди, ҳаракациз бўлади. Бу паразитлар ниҳоятда кичкина (3-7 мкм), овалсимон хужайрасида битта ядроси ва кинетопласти бўлади. Лейшманияларнинг икки тури одамда паразитлик қилади. Тропик лейшмания (Леишманиа трописа) юз, қўл ва оёқлар терисида паразитлик қилади.

Кўп хивчинлилар (Полймастигина) туркуми вакили лямблияни биринчи марта 1859 йилда Харьков Университетининг профессори Лямбле аниқлаган.

Лямблия (Ламблиа интестиналис) ҳаёт сиклида вегетатив ҳамда система кўринишида учрайди.

Трихомонадалар (Трихомонас) - трихомонадоз касаллигини кўзгатувчилар бўлиб, уч турни ўз ичига олади: 1. Ичак

трихомонадаси - Трихомонас хоминис; 2. Қин трихомонадаси - Трихомонас хоминис; 3. Оғиз трихомонадаси - Трихомонас тенах. Ичак трихомонадаси одамнинг йўғон ичагида паразитлик қилади. Қин трихомонадаси эса аёл ва эркакларнинг сийдик ва жинсий йўлларида учрайди.

Споралилар (Спорозоа) типига 4000 дан ортиқ тур кириб, уларнинг ҳаммаси умурткасиз ва умурткали ҳайвонларда, шу жумладан одамларнинг турли ички органларида паразитлик қилиб, ҳаёт кечириши ва бирорта касалликни келтириб чиқаради. Шунга кўра уларнинг ривожланиши мураккаблашган бўлиб, ҳар хил муҳит шароитда яшашга, хўжайинларини алмаштириб туриш, жинссиз ва жинсий йўл билан кўпайиш каби янги хусусиятлар вужудга келган. Уларнинг ҳаракатланиш органидлари, қисқарувчи ва овқат ҳазм қилувчи вакуолалари ривожланмаган, ҳимоя қобилигига ўралиб спора ҳосил қилади.

Коксидиялар туркумига яна қушлар, сутемизувчилар, жумладан, одамларнинг жигари, талоғи, бош мияси, қон томирларида паразитлик қилиб касалликлар туғдирувчи токсоплазмалар уруғи вакиллари (Тохоплазма гондии) ва қушлар ҳамда сутемизувчиларнинг мушакларида паразитлик қилувчи саркоспоридиялар (Сарсоспоридиа), яъни гўшт споралилар уруғи вакиллари ҳам кирилади.

Токсоплазмалар (Тохоплазма) уруғига битта Тохоплазма гондии тури кирилади. Токсоплазмалар мушук ва бошқа мушуксимонлар оиласи вакиллариининг ингичка ичагида мураккаб ривожланиш давларини ўтиб, ундан 2 та спорали ооциста - спорозоитлар ҳосил бўлиши билан тугайди.

Қон споралилар (Хасмоспоридиа) туркуми вакиллари одам ва иссиқ қонли ҳайвонларнинг қизил қон ҳужайралари - эритроцитларида паразитлик қилади. Бу туркумга 100 га яқин тур кирилади.

Қон споралилар коксидиялар сингари ҳужайра ичида яшайдиган паразитлар бўлсада, лекин, уларнинг ҳаёт синкли бир неча ҳўжайинда ўтади.

Масалан, бу туркумининг энг муҳим вакили одамда безгак касаллигини келтириб чиқарадиган безгак плазмодийсининг ривожланиши иккита ҳўжайинда ўтади. Жинссиз ривожланиши,

хамда макро- ва микрогаметоцитлар одам кизил кон таначаларида этишади. Безгак чивинида (Анопхелес) эса жинсий ривожланиш кетади.

Киприклилар (Силиопхора) ёки инфузориялар (Инфусориа) типи вакиллари кўлмак сувлардан тортиб денгиз, океанларгача бўлган ҳамма сувларда ва нам тупроқларда учрайди. Баъзи турлари эса умурткасиз ва умуртқали ҳайвонларда ҳамда одамларда паразитлик қилади.

Шунингдек, бу синфга одам ва ҳайвонлар организмида паразитлик қилувчи Балантидиум соли ҳам киради. Унинг танаси ловиясимон бўлиб, одамнинг йўгон ичаги деворида паразитлик қилиб, жароҳат ҳосил қилади ва хавфли конли ичбуруғ касаллигини вужудга келтиради. Одамларга бу паразитлар чўчқалар орқали юқади. Чунки, балантидий чўчқа, сичқон ва каламушлар ичагида ҳам паразитлик қилади. Чўчқаларнинг тезаги орқали паразитнинг цисталари ташқарига чиқади ва одамлар бу систаларни ютиб балантидий билан касалланади.

Ясси чувалчанглар (Платхелминтҳес) типи вакиллари гавдасининг узунлиги 0,3 мм дан 15-20 метргача ва ҳатто айрим улкан турлари 30 метргача (кашалотларнинг ичагида паразитлик қиладиган тасмасимон чувалчанглардан) боради.

Ясси чувалчанглар типи ўз навбатида 5 та синфга бўлинади: 1.Киприкли чувалчанглар ёки турбеллариялар (Турбеллариа) синфи. 2.Моногениялар (Моногеноида) синфи. 3.Сўргичлилар ёки трематодалар (Трематода) синфи. 4.Тасмасимон чувалчанглар ёки сестодадалар (Сестода) синфи. 5.Сестодасимонлар (Сестодариа) синфи.

Сўргичлилар (Трематода) синфи вакиллари ҳақидаги дастлабки маълумотлар 17-асрнинг ўрталарида пайдо бўлган. Таниқли италиялик олим Реди биринчи марта қорамоллар жигарида жигар қуртини топиб, унинг тузилишини ўрганади. Швед олими К. Линней трематодаларнинг 40 дан ортиқ турини ўрганиб биринчи марта трематодалар синфига асос солган. 1819 йили машҳур гелминтолог олим К.А. Рудолф 220 дан ортиқ трематодалар турини ўрганади. Трематодаларни ҳар томонлама ўрганишда рус олимлари этакчи рол

ўйнайди. Академик К.И. Скрябин ўз шогирдлари билан трематодалар бўйича 26 томлик капитал асарлар ёзган.

Трематодаларнинг ривожланишини оддий жигар курти (Фассиола хепатиса) мисолида кўриб чиқилади

Жигар курти одатда майда ва йирик шохли ҳайвонларда, баъзан бошқа ҳайвонлар ва одамлар-нинг жигарида ҳамда ўт йўлларида паразитлик қилади. Жигар куртларининг узунлиги 2-7,6 см, эни эса 5-12 мм келади. Жигар курти биогелминг ҳисобланади, яъни ривожланишида 2 та хўжайини катнашади. Бунда ривожланишининг бошланғич даври ўтиши учун ораллик хўжайини, паразитнинг тўлиқ ривожланиши учун эса асосий хўжайини бўлиши керак.

Республикамизда фассиоланинг 2 та тури, яъни оддий жигар курти (Фассиола хепатиса) ва гигант жигар курти (Фассиола гигантиса) учрайди. Одамлар ҳам фассиолёз билан касалланиши мумкин. Бунда одамлар тасодифан жигар куртининг кўзга кўринмас личинкалари (адолескарийлари) бор бўлган ҳовуз, кўл ва халқоб сувларни ичганда ёки ҳар хил сув ўтларини ювмасдан истеъмол қилганда уларни ўзларига юктиради.

Трематодаларнинг яна бири мушук икки сўргичлиси ёки сибир икки сўргичлиси (Опистхорчис фелинеус) ҳисобланади. Жигар курти одатда майда ва йирик шохли молларда, баъзан бошқа ҳайвонлар ва одамлар-нинг жигарида ҳамда ўт йўлларида паразитлик қилади.

Бу паразит асосан мушук, ит, тулки, шер, чўчка ва одамнинг жигарида, ўт йўлларида ва ўт пуфагида ҳамда ошқозон ости безларида паразитлик қилиб яшайди. У асосан Фарбий Сибирда кўп тарқалган.

Клонорхоз (Слонорчис) кўзгатувчисининг узунлиги 10-20 мм атрофида бўлиб, танаси яссилашган, иккита сўргичи бор. Паразитнинг тузилиши ва ривожланиши описторхисникига ўхшаш.

Бу трематоданинг ҳам асосий хўжайинлари одам ва йиртқич сутемизувчилар ҳисобланади. Асосий хўжайинларининг жигарида, ўт пуфагида ва ошқозон ости безида паразитлик қилади.

Метагонимоз (Метагонимус) кўзгатувчиси ҳам сўргичлилар синфига киради. Узунлиги 1-2,5 мм атрофидаги майда паразит. Метагонимус одам, мушук, ит, чўчка ва бошқа йиртқич

сутемизувчиларнинг ингичка ичагида паразитлик қилади. Бу паразит билан касалланган асосий хўжайинлари нажаслари орқали ташки мухитга тухумларини чиқаради. Метагонимуснинг оралик хўжайинлари чучук сув шилликкуртлари ва қўшимча хўжайинлари ҳар хил турга кирувчи балиқлар (зоғора балиқ, лешч, лакқа балиқ, дўнг пешона, гулмой балиқ ва бош.) ҳисобланади. Метацирқарийлар балиқларнинг тангачаларида, сузгич канотларида, жабраларида ва тери ости ёғ қавати хужайраларида ҳамда мускулларида жойлашади.

Трематодаларнинг орасида одам ва ҳайвонларнинг хавфли паразитларидан яна бир гуруҳи қон икки сўргичлилари - шистосомалар (Схистосома, Ориентобилхарзия ва бошқалар) ҳисобланади. Шистосомалар қон паразитлари бўлиб, одам ва ҳайвонларда ичак, жигар ва сийдик пуфакларининг қон томирларида яшайди. Асосан иссиқ иқлимли мамлакатларда, яъни Африка, Осиё ва Жанубий Америкада кенг тарқалган. Улар айрим жинслилиги билан бошқа трематодалардан фарқ қилади. Эркагининг танаси анча йўғон, 10-15 мм узунликда бўлади, уларнинг қорин томонида махсус тарновсимон чуқурчаси бўлиб, унга узун (20 ммдан ортиқ) ва ингичка урғочисини жойлаштириб бирга яшайди. Буларнинг сўргичлари кучсиз ривожланган ёки бутунлай бўлмайди.

Тасмасимон чувалчанглар (Сестода) синфи вакилларининг морфологияси ва биологиясини ўрганишда швейсариялик зоолог О. Фурман ўз ишлари билан фанга (XX асрда) катта ҳисса қўшган. Россияда паразит чувалчанглар, шу жумладан тасмасимон чувалчанглар фаунаси рус олимлари Н.А. Холодковский ва В.А. Клер томонидан ўрганилган. Академик К.И. Скрябин раҳбарлигида ёзилган "Сестодология асослари" кўп томлик асарлари МДХ мамлакатларида сестодология фанини ривожлантиришда асосий рол ўйнайди.

Қорамол тасмасимони (Таениархйнчус сагинатус) асосан одамларнинг ингичка ичагида, чўчка тасмасимони (Таениа солиум) ҳам қорамол тасмасимони каби одамнинг ингичка ичагида паразитлик қилади. Кенг ёки сербар тасмасимон чувалчанг - (Дипхйллоботриум латум) тасмасимон чувалчангларнинг энг узун ва йирик вакили бўлиб, одам ҳамда турли сутемизувчи йирткич ҳайвонларнинг (ит, мушук, тулки, айиқ, бўриларнинг) ичагида

паразитлик қилади. Танасининг узунлиги 10-15 м, баъзан эса 20 м гача боради, эни эса 3-4,5 см гача этади.

Калта, яъни пакана занжирсимон чувалчанг (Хйменолепис пана) одамнинг, айникса, болаларнинг ингичка ичагида паразитлик қилади ва гименолепидоз касаллигини вужудга келтиради.

Маҳсулдор ҳайвонларга ва одамларга жуда катта зарар келтирадиган тасмасимон чувалчанглардан яна бири эхинококк (Ечинососсус гранулосус) ҳисобланади.

Цестодасимонлар (Сестодариа) синфининг турлари ун-чалик кўп эмас. Улар балиқлар ва судралиб юривчилардан тошбакаларнинг тана бўшлиғида паразитлик қилади.

Нематадодалар (Нематода) синфи. Юмалок чувалчанглар бошқачасига бирламчи тана бўшлиқли чувалчанглар ҳам деб айтилади. Ҳақиқатдан ҳам тана бўшлиғи (схизоцел) бўлиб, унда ички органлар жойлашган. Тана бўшлиғи суюклик билан тўлган бўлади.

Юмалок чувалчанглар типини 5 та синфга бўлинади: 1. Қоринкиприклилар (Гастротрича) синфи; 2. Нематодалар, яъни ҳақиқий юмалок чувалчанглар (Нематода) синфи; 3. Киноринхлар (Кинорхйнча) синфи; 4. Оғизайлангичлилар (Ротаториа) синфи; 5. Килчувалчанглар (Нематоморпха) синфи.

Юмалок чувалчанглар типидан энг кўп паразитлик қилиб яшайдиган турлари асосан нематодалар синфи вакиллари ҳисобланади. Одам аскаридаси (Ассарис лумбрисоидес) эр юзида деярли барча мамлакатларда тарқалган. Айрим мамлакатларда, масалан, Японияда аҳолининг деярли ҳаммаси аскарида билан зарарланган. Чунки Японияда қишлоқ хўжалигида одам эскерементидан органик ўғит сифатида сабзавот ва поллиз экинлари экиладиган майдонларда кенг миқёсда фойдаланилади.

Ўткир думли нематода ёки болалар гижжаси (Ентеробиус вермисуларис) ҳамма жойда тарқалган, жуда майда, яъни урғочисининг узунлиги 10-12 мм, эркагиники эса 2-5 мм бўлади.

Ришта (Драсунсулус мединенсис) ёки дракункул ипсимон кўринишдаги нематода бўлиб, Ўрта Осиё республикаларида ришта (ип) деб аталади. Мутафаккир олим Абу Али ибн Сино риштани ирк-алмедини деб атаган ва бу паразит келтириб чиқарадиган касалликни

биринчи марта ўрганган алломадир. Ришта айрим жинсли бўлиб, жинсий диморфизм яққол кўри-нади. Урғочисининг узунлиги 32 мм дан 150 мм гача боради, эркаги эса 12-30 мм атрофида бўлади.

Қилбош нематода (Тричосепхалус тричиурус) нинг бош томони узун қилга ўхшаш ингичка бўлади, орқа томонга аста-секин кенгайиб йўғонлашиб боради.

Қийшиқбош ёки эгрибош нематода (Ансийлостома дуоденале) одамларнинг 12 бармоқли ичагида паразитлик қилиб яшайди. Паразитнинг бош қисми эгилган, қийшиқ бўлиб, унда ривожланган оғиз капсуласи жойлашган

Трихинелла (Тричинелла спиралис) жуда майда, яъни урғочисининг узунлиги 3-4 мм, эркагиники 1,5-2 мм атрофида бўлиб, асосан каламуш, ит, мушук, бўрсик, чўчка ва баъзан одамларда паразитлик қилади.

АСОСИЙ ҚИСМ

ЭНТЕРОБИОЗ (ЕНТЕРОБИОСИС)

Энтеробиоз (синоним — оксиуроз) — орқа тешик атрофида кичиш ва диспептик аломатлари билан, тез-тез қайталанган аутоинвазия (ўзини ўзи қайта зарарланиш) туфайли сурункали кечадиган антропоноз контактли ичак гелминтози ҳисобланади. Энтеробиоз, аҳоли орасида, айниқса болалар уюшган жамоаларида (айрим жамоаларда 90% гача) кенг тарқалган бўлиб, у ер куррасининг барча китъаларида учрайди.

Этиологияси. Энтеробиозни майда гижжа (острица)лар — *Enterobius vermicularis* кўзгатади. Острицалар — оқ рангли майда думалок гижжалардир. Унинг бош қисмида кутикулар бўртма ва оғиз атрофида учта лаби бор. Урғочиси йирикрок, узунлиги 9—12 мм, дум қисми бегизсимон чўзилган бўлади. Эркаги эса анча майда 2—5 мм бўлиб, унинг дум қисми буралган. Тухуми юпка, силлик, рангсиз қоплама билан қопланган, нотўғри овал шаклида, узунлиги 0,050—0,060 мм, эни 0,020—0,030 мм бўлади.



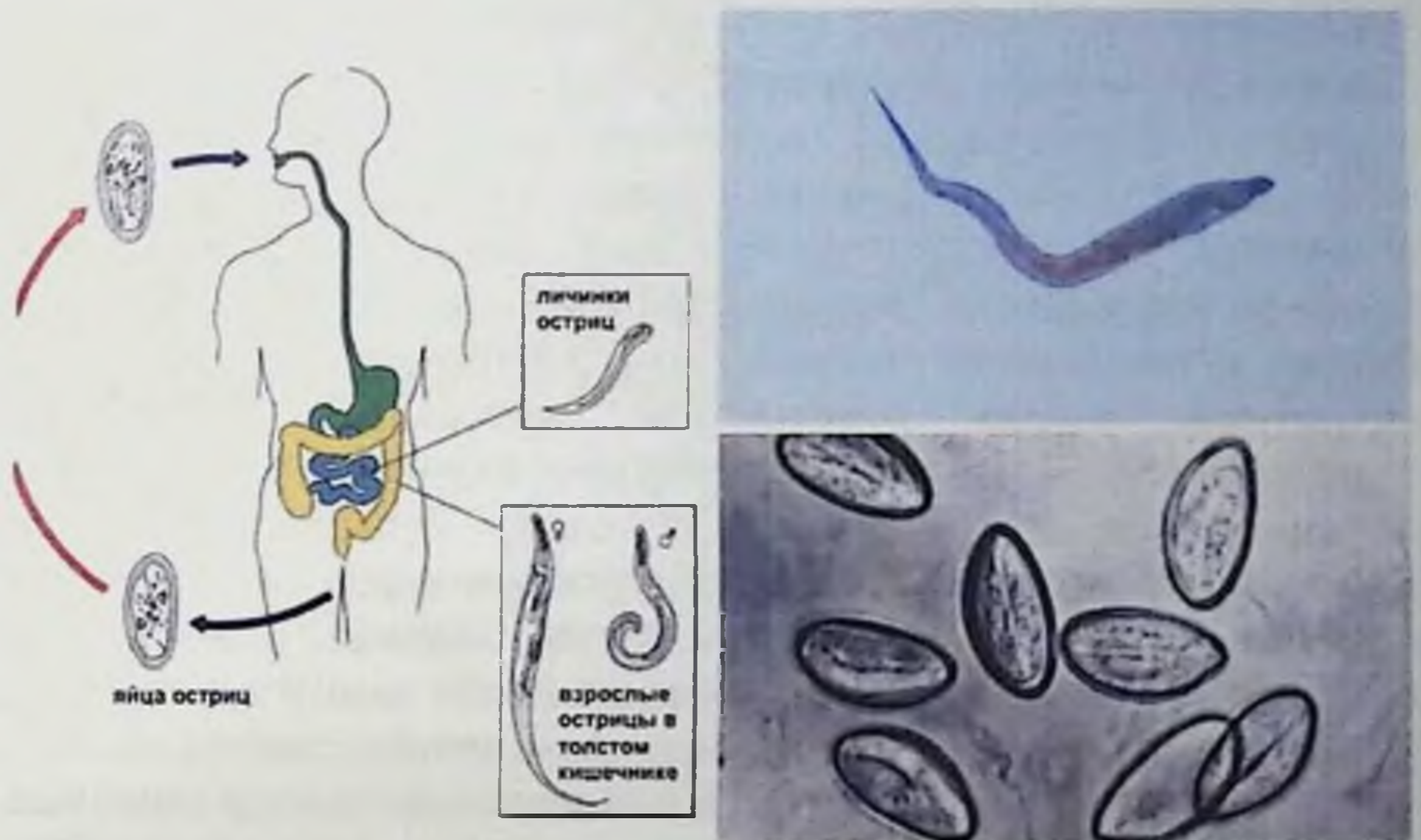
1-расм. Энтеробиоз вегетатив ва тухумларини кўриниши

Острицалар асосан одам ингичка ичагининг қуйи ва йўгон ичагининг юқори қисмларида истиқомат қилади. Унинг инвазия даражаси жуда юқори. Масалан, К.И. Скрябин ва бошқалар ўлган боланинг ичагидан 3000 га яқин паразит топишган. Ичакда етилган ва ичи тухумлар билан лик тўлган (5000—15000) урғочи паразитлар, ичакдан кўпинча ўзлари актив ҳолда, шунингдек, ахлат билан пассив ҳолда ажралиб чиқади. Актив ҳолда ажралиб чиққан острицалар

(пассив чикканлари кўпинча ўлиб кетади), анус атрофи тери бурмалари, думба, сон терилари ҳамда жинсий аъзоларда тухум кўяди ва ўзлари ҳалок бўлади. Гижжаларнинг ичакдан чиқиши ва тухум кўйиши асосан тунда содир бўлади. Орадан 4—6 соат ўтгач тухумдан инвазион хусусиятга эга бўлган етук личинкалар ҳосил бўлади. Личинкаларнинг яхши ривожланиши учун 36°C ҳарорати, 90—100% намлик талаб этилади. Одам ичагида ургочи острицалар 3—4 ҳафтадан 3 ойгача яшайди. Эркак острицалар эса уругланиш содир бўлгач ичакда ҳалок бўлади.

Эпидемиологияси. Энтеробиоз бир томондан — ичак — оғиз механизми билан юкувчи ичак гелминтози бўлса, иккинчи томондан контактли антропоноз гелминтоздир (Лейкина Э.С., 1970). Энтеробиознинг бирдан-бир манбайи — бемор одам. Юқиш йўли — нажас—оғиз. Гижжалар ичакдан чиқиб, тухум кўйиши чоғида анус атрофини қаттиқ кичитади. Бемор кичинганда кўлига, тирнок орасига етук тухумлар ўрнашиб қолиши туфайли аввало ўзига қайта юқиши, шунингдек, атрофдаги бошқа соғлом одамларга юктириши мумкин бўлади. Юқиш, оғиз бўшлиғига гижжанинг етук тухумини озиқ-овқат, ифлосланган кўл бармоқлари ва шунингдек чанг орқали тушиши туфайли содир бўлади. Чунончи, гижжа тухуми, нафақат беморнинг ифлосланган териси, кўл бармоқлари ва тирноклари остида, балки ички киймлари ва ўрин-кўрпаларида, шунингдек, уй жиҳозлари, туваклар, ўйинчоқлар, гиламлар ва ш.к. ларда ҳам сақланади. Уларнинг тарқалишида пашшаларнинг ҳам роли каттадир. Энтеробиознинг тарқалиши, кўп жиҳатдан, аҳолининг санитария маданияти ва зичлигига боғлиқдир. Энтеробиоз билан болалар катталарга нисбатан икки марта кўп касалланадилар. Касалланиш айниқса 7—10 ёшли болаларда кўп кузатилади. Боғча ва мактабларга қатнамайдиган ёки кундалик боғча, мактабларга қатнайдиган болаларга нисбатан, ҳафталик (ёки доимий) боғча ва мактаб-интернат болалари орасида кенг тарқалади. Касалликнинг кенг тарқалишига гижжа тухумларининг фақат кўл орқали оғизга тушиши эмас, балки уларнинг уй жиҳозларида (айниқса ўрин-кўрпа, ёстиқлар, палослар, кигиз ва гиламлар) кенг тарқалиши (ўйинчоқларда 90% гача) ва уларда маълум бир вақт яшаши (3—12 кунгача) сабабли ҳаво—чанг йўли билан ҳам юқиши сабаб бўлади. Одамларда паразитлик қилувчи кўплаб гижжа касалликлари орасида фақат икки тури — энтеробиоз ва гименолепидоз — контакт йўли

билан (бевосита бемор одамдан— соғлом одамга) юқиши мумкин. Острицалар, аскаридалар ва килбошлар орасида антогонистик муносабат мавжудлиги аниқланган. Шунинг учун ҳам бу турдаги гижжаларнинг аҳоли орасида тарқалиши бири-бирига тескари мувозанатда бўлади. Острицаларнинг умри киска бўлишига қарамасдан касаллик давомида бемор ўзига қайта-қайта юктириши (реинвазия) мумкинлиги туфайли энтеробиоз йиллаб давом этиши мумкин.



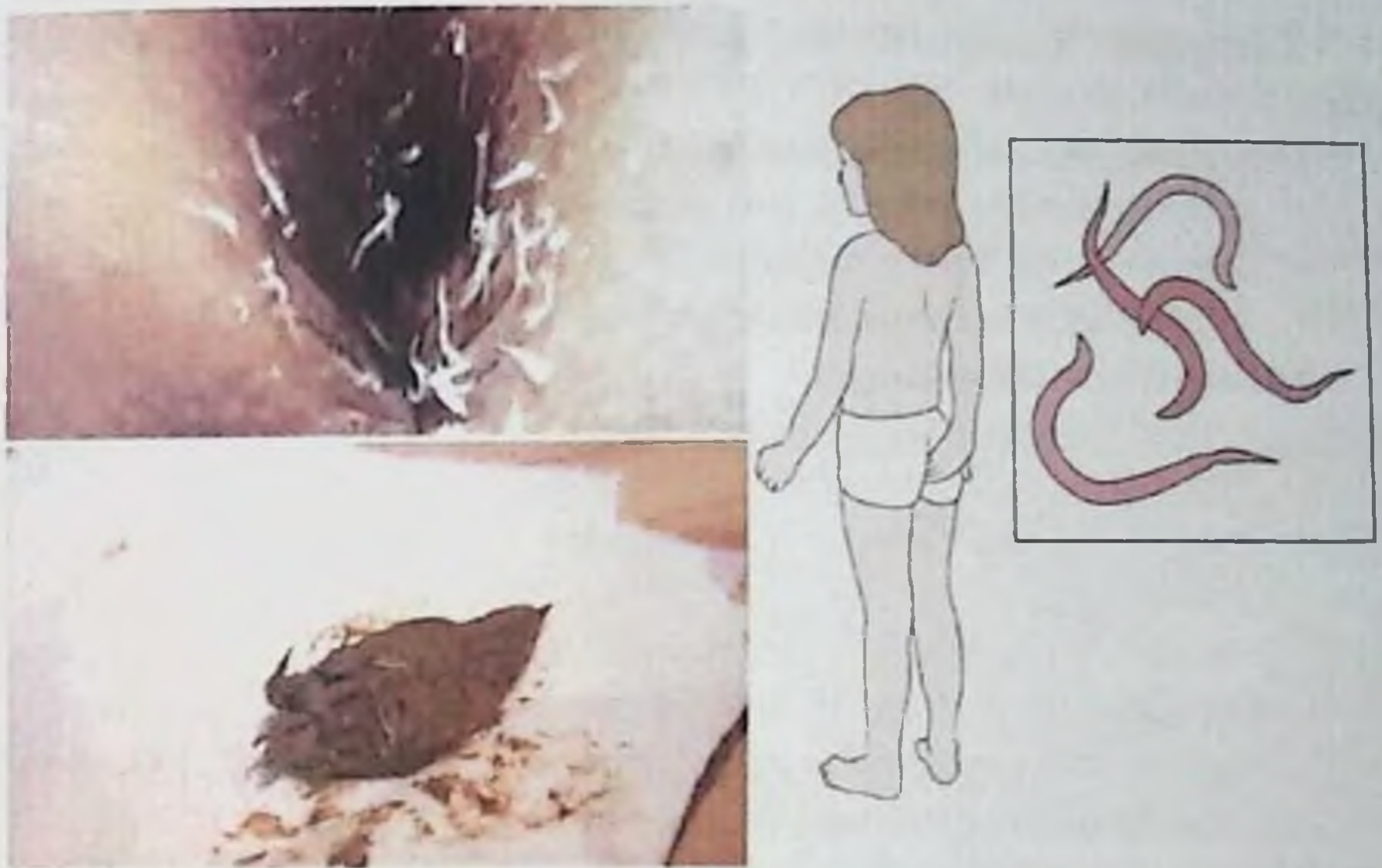
2-рисунок. Острицаларнинг яшаш цикли

Патогенези ва патанатомияси. Острицаларнинг патоген таъсири асосан уларнинг ичак деворига ёпишиши туфайли кўрсатадиган механик таъсирига боғлиқ бўлади. Патологик жараёнининг оғиренгиллиги инвазиянинг кўп—озлигига мутаносибдир. Гижжанинг ютилган личинкаси ингичка ичакнинг пастки қисми ва йўгон ичакнинг — кўричак, кўтарилувчи ҳамда кўндаланг ичак қисмларида 12—14 кун давомида стук паразитга айланади ва 3—4 ҳафта яшайди. Бироқ гижжа тухуми беморнинг ўзидан-ўзига қайта-қайта юқиб туришига (аутосуперинвазия) туфайли ичакда ойлаб ҳатто йиллаб истиқомат қилиши ва юзлаб баъзан минглаб паразит тўпланиши мумкин. Острицалар жароҳатланган ичак шиллиқ пардаларида яллиғланиш, эрозия,

некроз ва қон қуйилишлар кузатилади. Баъзан острицалар шиллик қаватга (айрим ҳолларда мушак қатламга қадар) кириб олади ва атрофларида эозинофиллар, лимфоцитлар ва макрофаглардан ташкил топган гранулемалар, абсцесс ва некроз ўчоқлари ҳосил бўлади.

Острицалар — факултатив гематофаг острицалар чувалчангсимон ўсимта ичига кириб олган тақдирида, аппендицит ривожланишига сабаб бўлади. Айрим кузатувларда, аппендицит бўйича операция қилинган ҳар уч беморнинг бирида острицалар топилган. Шунингдек, острицалар, аёллар жинсий аъзосига ўрмалаб кириши ва вулвит, вагинит, эндометрит сингари яллиғланишларга сабаб бўлиши мумкин. Сийдик йўллариининг жароҳатланиши ҳам кузатилади. Қашланиши туфайли анус, анус атрофи ва оралик терисида экземасимон жароҳатланишлар ҳам бўлиши мумкин. Теридан кузатиладиган экзематоз ва кичишувчи дерматозларга паразитнинг модда алмашинуви жараёнида ажратадиган моддаларини одам организмига аллерген сифатида таъсир этиши ҳам сабаб бўлади. Энтеробиозда содир бўладиган аллергик ўзгаришлар теридаги аломатлардан ташқари қонда эозинофиллар миқдорининг ортиши билан намоён бўлади. Острицалар ажратадиган токсинлар (заҳарли моддалар) нинг моҳияти ҳали тўлиқ ўрганилмаган бўлсада, унинг бемор организмига салбий таъсири инкор этилмайди. Энтеробиоз бошқа йўлдош касалликлар кечимини оғирлаштиради.

Клиникаси. Фақат айрим беморларда острицаларнинг инвазияси клиник намоён бўлмай қолиши мумкин. Кўпчилик беморларда энтеробиоз асосан кечқурун ёки тунда анус атрофининг кичиши билан намоён бўлади. Инвазия суст бўлган тақдирда кичиши гоҳогоҳода, яъни ургочи острицаларнинг янги авлоди етилганда кучаяди. Қичишиш 1—3 кун давом этиб йўқолади, 2—3 ҳафтадан кейин эса яна такрорланади. Инвазия кўп бўлган тақдирда, кичишиш доимий ва кучли бўлиб, фақат тунда эмас, кундуз кунлари ҳам безовта қилади. Қичишиш фақат анус атрофидагина бўлмасдан чов соҳа (промежностп), сон ва қорин териси ҳамда, жинсий аъзоларда ҳам кузатилади. Қичиган жойларни қашиб туфайли иккиламчи инфекция ривожланиб — пиодермия, сфинктерит ва парапроктит аломатлари, кизларнинг жинсий аъзоларига ўрмалаб кириши ва қичиши оқибатида — вулвовагинит юзага келади.



3-расм. Острицаларни анус атрофида, ахлатда кўриниши ва кичишиши белгиси

Буларнинг барчаси беморнинг умумий аҳволига салбий таъсир этади. Уйқуси бузилади, улар тажанг, серзарда бўлиб қоладилар, иш қобилияти пасаяди. Болалар эса инжик, жаҳилдор бўлиб озиб кетадилар, баъзиларида бош оғриғи, бош айланиши, хотиранинг пасайиши ҳамда тиришишли тутканок, хушдан кетиш, тунда сийиб қўйиш каби аломатлар кузатилади. Айрим беморларда иштаҳанинг пасайиши, ич бузилиши ичининг суюқ, тез-тез ва шиллик, баъзан қон ҳам аралаш келиши, вақти-вақти билан қорни ғижимлаб оғриши ва кучаник, метеоризм, оғир кечганда кўнгил айнаш, қусиш каби белгилар намоён бўлади. Ректоромоноскоп орқали кўрилганда ичак шиллик қаватида майда (нуктасимон) қон қуйилишлар, эрозиялар, қон томирлар манзарасининг кучайганлигини кўриш мумкин. Сфинктер шиллик қавати шишган, қизарган ва оғрикли бўлади. Ғижжаларнинг чувалчангсимон ичакка ўрмалаб кириши ва оқибатда аппендицит ривожланиши, жинсий аъзоларга ўрмалаб кириши ва иккиламчи инфекциянинг ривожланиши энтеробиозда кузатиладиган асосий асоратлар ҳисобланади. Острицалар ичакка ичакни тешиб, қорин бўшлиғига тушиши ва перитонит ривожланиши ҳоллари ҳам кузатилган.

Таснифи. Ҳозиргача умумий қўлланадиган тасниф мавжуд эмас.

Оғирлик даражасини баҳолаш мезонлари

- астено-вегетатив синдромини яққол намоёнлиги;
- аллергия ва тери ўзгариш аломатларини келиб чиқиши;
- қизларда вулвовагинит мавжудлиги.

Ташхислаш мезонлари

- Клиник-эпидемиологик белгилар.
- Паразитологик ташхисот усуллари:

Асосий ташхис усули бу перианал буртмаларидан қиринди текширилиши деб ҳисобланади. Гижжа модинаси тухумларини ичакда эмас, мазкур буртмаларида қўйиши туфайли бошқа копрологик усуллар кам маълумотли деб ҳисобланади. Лекин бемор ота-оналари жуда кўп вазиятларда бола ахлатида етук гижжаларни кўриши мумкин. Бу анамнестик ташхисотига киради ва буртма қириндида тухумлар аниқламаганида қўшимча омил деб ҳисобланади.

- Энг оддий ва қулай усуллардан 1926 йилда К.И.Скрябин ва Р.С.Шулц томонидан тавсия этилган усул ҳисобланади. Бу усул уч йўл орқали бажарилади: а) тахта шпатели ёрдамида; б) пахта пилтаси ёрдамида олиш; в) целофанли тизма билан олиш.

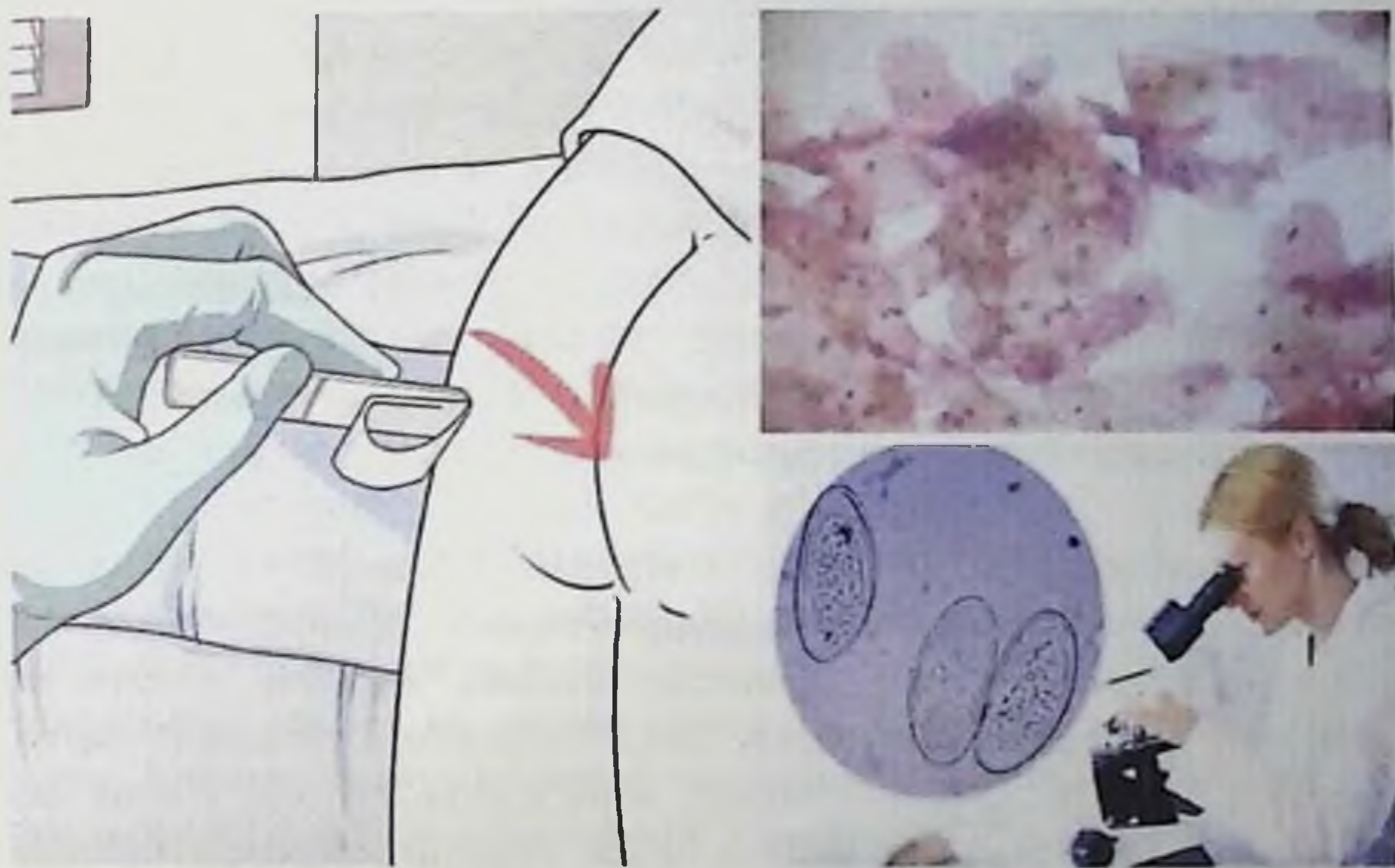
- Орқа тешик атрофидаги буртмалардан қиринди 50% глицерин эритмасида (сув ёки 1% ош сода эритмасида) намланган тахта шпатели ёрдамида қилинади. Болаларнинг юпқа терисини асраш учун бизнинг илмий текшириш институтида шу усулнинг бироз ўзгартирилган тури тавсия этилди. Қириш учун учи пахта билан ўралган гугурт чўпи ёрдамида ўтказилади. Қиринди микроскоп орқали текширилади. Таҳлилнинг натижаси бундан зиён кўрмайди.

- 1946 йилда В.И.Кеворкова энтеробиоз таҳлили учун пахта пилтасини тавсия этди. Пилтанинг капрон билан ёпиш мумкин. Таҳлилли пилта сувда чайқаланади, сўнгра шу сувдан центрифугация (тез айлантириш) орқали чўкма ҳосил этилади. Чўкма микроскоп ёрдамида текширилади.

- 1953 йилда Р.Г.Гиммерфарб тавсия этган усули асосида кечаси орқа тешик атрофига тоза (соф) пахта қўйилиб, эрталаб олинади. Кейин сувда чайқаланиб, чўкма ҳосил қилиниб, микроскоп орқали текширилади.

- 1987 йилда гелминтозни белгилаш учун М.С.Халли целофанли тизмани тавсия этган. Шу усул хар хил турларда (асосан Грэхэм модификациясида «скотч» лентаси ёрдамида тахлил ўтказиш) чет элда ривожланган.

- Булардан ташқари, В.П.Подъяполская, С.В.Олейников, К.И.Скрябин ва бошқ. ректал (тўғри ичак) шилликни олиш усуллари тавсия этишган.



4-расм. Энтеробиозда анус атрофидан қиринди олиш ва тухумларни микроскопик кўришиши

Ҳамма текширишлар, албатта, 3-5 мартагача ўтказилишлари шарт. Шу қатори, текшириш-лар эрта тонгда, тахоратдан олдин ўтказилишлари зарур.

- Умумий қон таҳлили: қондаги эозинофилия энтеробиозни тасдиқловчи эмас, балки шиддатли тундаги перианал қичиш ҳамда диспептик бузилишлари билан тахминий омил деб ҳисобланади.

Қиёсий ташхисоти.

- Перианал қичиш (энтеробиозни асосий аломати шунга ўхшаш аломати билан ифодаланган дардлар билан фарқланиши керак: геморрой, простатит, тўғри ичак яра ва саратон касаллиги, қандли диабет, нейродерматоз).

- Диспептик аломатлари бўйича бошқа ичак гельминтозлари билан фарқлаш зарур.

Энтеробиоз якуний ташхиси перианал буртмаларидан олинган киндидида острица тухумлари аниқланганида ва/ёки бемор ва унинг яқинлари томонидан ахлатда етук гижжаларни (оқ рангли ипсимон майда юмалок куртлар) топилганида қўйилади.

Даволаш. Госпитализация. Манзарали шиддатли шакли билан касалланган ҳамда бошқа ичак гельминтозлари ва лямблиоз билан бирга кечадиган шаклига чалинган беморлар шифохонага 7-10 кунга ётқизилиши керак.

Базис даволаш. Санитария-гигиена тадбирларни ўтказиш. Шахсий гигиена. Бемор оиласи ва палата хоналарида нам усулда тозалашни ўтказиш. Оилавий антигельминтикларни ичиш. Витаминларга бой парҳезли таомларни истеъмол қилиш.

Этиотроп даволаш. Даволаш асосан амбулатор тартибда ўтказилади.

А) манзарасиз шаклида даволаш кимёвий этиотроп антигельминт воситаларсиз ўтказилиши мумкин. Бунинг учун 3 кун давомида хоналарни нам тартибда тозалаш, шахсий гигиена ва санитария-гигиена тадбирларни оила шароитида ўтказиш зарур. Кечасига касал болага 4-5 стакан илиқ сувда бир ош қошиқ ош содасини аралаштирилган эритма билан тозаловчи хукна қўйилиши керак.

Б) қолган шаклларга қуйидаги воситалар белгиланади:

- **Мебендазол** – 2 ёшгача болаларга кунига 2,5 мг/кг дан; 2 ёшдан юқори болаларга ва катталарга 100 мг. 1-2 кун давомида кунига 1 маҳал. Икки ҳафтадан сўнг қайталади.

- **Албендазол** – 2 ёшдан юқори болаларга ва катталарга 400 мг бир маротаба;

- **Пирантел** – бир маротаба 10 мг/кг дан (фақат 1г дан зиёд мумкин эмас) овқатдан кейин чайнаб ичилади. Икки ҳафтадан сўнг қайталади.

- **Кардобендацим** – болалар ва катталарга – 10 мг /кг/сут дан 3 маҳалга бўлиб 1-3 кун давомида. Икки ҳафтадан сўнг қайталади.

Дегелминтизация самарали ўтказилиши учун бир вақтда оила аъзолари ва болалар муассаси тарбияланувчиларини даволаш керак.

Патогенетик ва симптоматик даволаш

- Антигистамин препаратлари (димедрол, диазолин, супрастин ва ҳок.)
- Иммуномодуляторлар (пентоксил, иммуномодулин, гемалин)
- Орқа тешик тарафини 5% ли анестезин малҳами билан суркаш.
- Энтеробиозли проктосигмоидит ва сфинктеритларни ванилини (Шостаковский балзами) хўқна билан даволаш.

Оқибати. Асоратланмаган кечимида яхши.

Профилактикаси. Энтеробиозни даволаш самарали бўлмоғи учун уни албатта шахсий профилактик чоралар билан бирга олиб борилиши керак. Бу чоралар — бемор ўзи-ўзига острицаларни қайта юктирмаслиги ва атрофидаги турли буюмларга гижжа тухуми тушмаслигига қаратилган бўлмоғи керак. Бунинг учун бемор кундалик шахсий гигиена амалларидан (тирноқларини калта қилиб олиш, қўл ва тирноқларини доимо тоза тутиш ва уларни оғизга солмаслик ва ш.к. лардан) ташқари эрталаб ва кечкурун совунлаб мустаҳаб қилиш (остини ювиш), ички кўйлак ва иштонини, ўрин, чойшабини ҳар куни алмаштириш зарур. Тунда кийиб ётадиган иштонининг юқори ва пастки қисмлари бўлиб бойланган бўлиши керак. Ечилган иштон-кўйлаги ва чойшаби яхшилаб қайнатилиб, дазмолланиши лозим. Беморнинг тувакларини кайноқ сув билан ювиш тавсия этилади. Бемор хонасини лизол ва карбол кислота эритмалари билан тозалаб туриш лозим.

Болалар жамоаларида кимёвий профилактика ўтказиш ҳам яхши натижа беради. Кимёвий профилактика вермокс билан ёки куйидаги — 4 сиклда ўтказилади: бир марта комбантрин (10 мг/кг дозада) ва уч марта, 12—14 кун оралатиб, икки кундан пиперазин адипинат берилади. Умумий курс 6—7 ҳафта давом этади.

Реконовалесцентлар диспансеризацияси. Қайта назорат текширишлари икки ҳафта ва бир ой даволашдан сўнг 3 маротаба 2-3 кунлик танаффуслари билан ўтказилади. Диспансер кузатуви 3 ойгача, шиддатли кечишида — 6 ойгача.

АСКАРИДОЗ (АССАРИДОСИС)

Аскаридоз — бошланғич боскичида токсик-аллергик генезли эозинофил инфилтратлари ривожланиши, кеч боскичида — ошқозон ичак шикастланиши аломатлари, интоксикация ва аллергияция билан ифодаланган антропоозли ичак геогельминтози деб ҳисобланади.

Аскаридоз ер юзида жуда кенг тарқалган паразитозлардандир. Бошқа ўлкаларга нисбатан Ўзбекистонда бу касаллик кам кузатилади. Тоғли ҳудудларда аскаридоз ўчоқлари кўпроқ учрайди.

Этиологияси. Касалликнинг қўзғатувчиси — аскаридалар (*Ассарис лумбрисоидес*) йирик нематодлар бўлиб, эркагининг узунлиги 15—25 см, урғочисининг узунлиги эса 24—44 см га етади.



5-расм. Аскаридаларнинг кўриниши

Урғочи аскариданинг думи чўзиқ, эркагиники эса қорин томонига қараб ҳалқасимон эгилган бўлади. Бош қисмида оғиз тешиги бўлиб, учта йирик лаб билан ўралган. Аскариданинг тухуми 0,05—0,7 x x 0,04—0,05 мм катталиқда бўлиб, қаттиқ нотекис қобик билан қопланган.

Етилган аскаридалар одамнинг ингичка ичагида (биттадан бир неча юз донагача) паразитлик қилади. Уларнинг умри бир йил бўлишига қарамасдан, қайта юқиши туфайли ичакда кўп йиллаб сақланади.

Ҳар бир урғочи аскарида бир кунда 200000 га яқин (ҳам уруғланган ҳам уруғланмаган) тухум қўяди. Нажас билан ажралган

гижжа тухумининг кейинги, инвазион боскичгача бўлган ривожиташки муҳитда (асосан тупроқда) кечади.

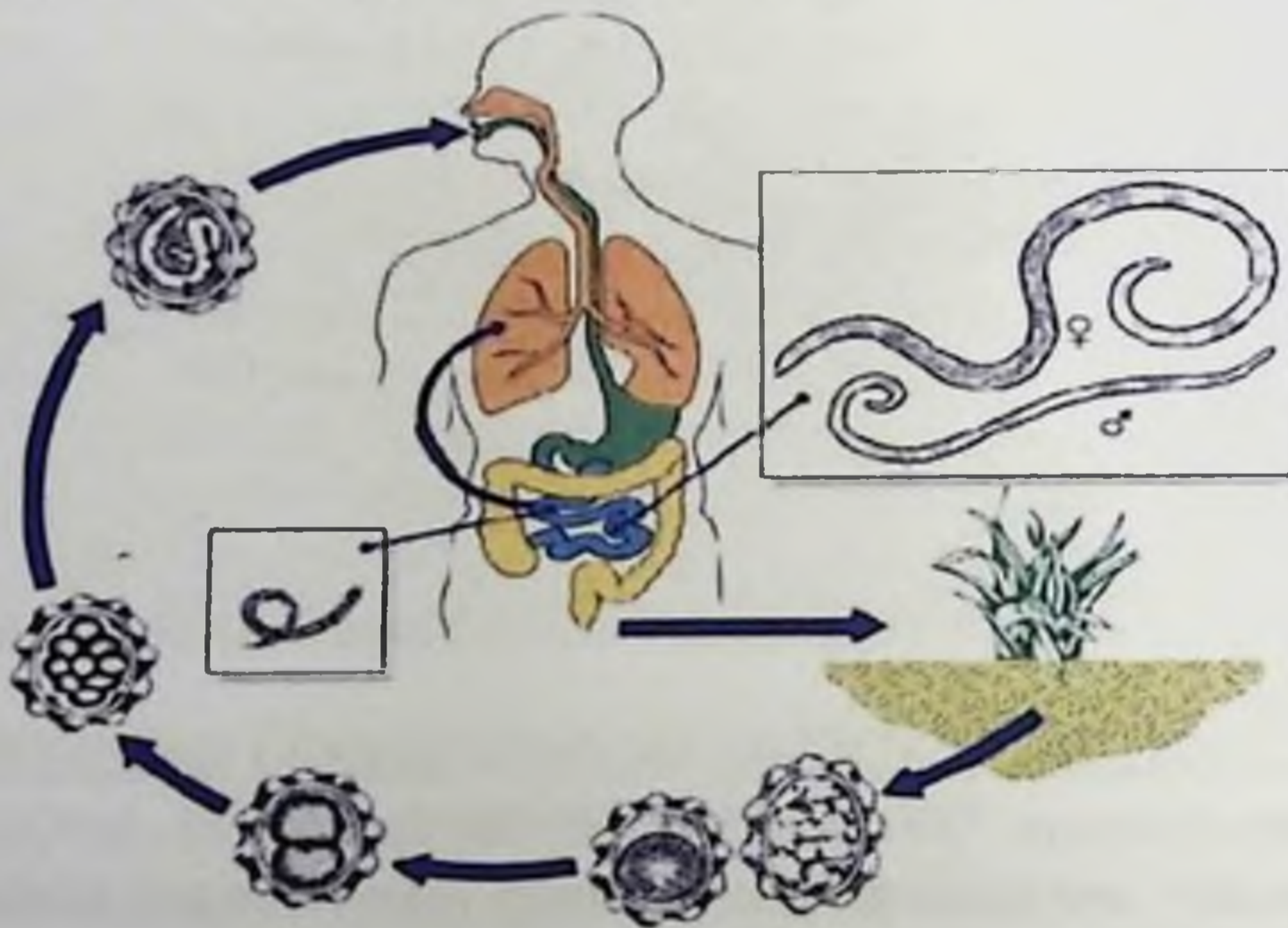
Инвазион боскичгача ривожланган гижжа тухумлари ингичка ичакка тушганида улардан личинкалар ривожланиб, ичак деворидан дарвоза вена томирига ўтади ва вена оқими орқали жигарга (инвазиянинг 5—6 кунларида), сўнг ўнг юрак бўлими ва ўпканинг қон томир капилларларига (инвазиянинг 8—10 кунларида) етиб боради. Бу миграция даврида личинкалар ўсиб, ривожланиб 2,0—2,37 мм га етади ва актив ҳаракат қилиб, капиллар деворини тешиб ўтиб алвеолалар ва сўнгра бронхиолаларга, кейинчалик трахея орқали томоқ ва оғизга тушади. Оғизда бир қисм личинкалар ўлиб кетади, бир қисми эса сўлак билан ютилиб, 14—15 кунларда ингичка ичакка қайта тушади ва ривожланиб етилган аскаридаларга айланади. Миграция даврининг биринчи беш кунда личинкалар ўзида бўлган озуқа билан кейин эса — хўжайиннинг қони билан озукланади. Личинкаларнинг мигратацияси 2—3 ҳафта давом этади. Умуман олганда одамга юққанидан бошлаб, то аскаридалар етилиб тухум ажрата бошлагунча — 10—12 ҳафта вақт ўтади.

Эпидемиологияси. Аскаридоз геогелминтоз ҳисобланади. Чунончи гижжа тухумининг инвазион личинка даражасигача ривожланиши асосан тупроқда — оптимал ҳарорат 24°C (13—30°C даражасигача), намлик (8% дан кам бўлмаган) ва кислородга бой бўлган муҳит мавжудлигида 12—14 кун давом этади. Аскарида тухумлари бемалол қишлай олади — 30°C даража совуқда ҳам нобуд бўлмайди.

Касалликнинг бирдан бир манбайи аскарида инвазияси бўлган одам ҳисобланади. Айниқса мактабгача ва мактаб ёшида бўлган болаларнинг эпидемиологик аҳамияти катта. Юқиш асосан оғиз-нажас йўли билан содир бўлади. Кўпинча одам ахлатини гўнг сифатида ишлатиб етказилган сабзавот, кўкатларни ва айниқса қулупнайни истеъмол қилиш ҳамда ифлосланган сувни қайнатмасдан ичиш оқибатида юқади. Кўпроқ болалар ва сабзавот етиштирувчи деҳқонлар касалланади. Мўтадил иқлимли ўлкаларда юқиш даври 7 ой, апрелдан октябргача, тропик ўлкаларда — йил бўйи.

Патогенези ва патологик анатомияси. Аскаридознинг патогенези ва клиникасида икки боскич: бошланғич — миграцион ва

сўнгги — ичак боскичлар фарқланади. Аскаридоз патогенезининг биринчи боскичи, асосан интоксикация ҳамда аллергия ўзгаришлар билан, яъни — личинкалардаги модда алмашинуви оқибатида ва уларнинг парчаланишидан пайдо бўлган ҳосилалар таъсирида организмда сенсibiliзация содир бўлиши билан ифодаланади. Аскаридозда аллергия — эозинофилия инфильтратлар, қонда эозинофилларни кўпайиб кетиши (40—50% гача) ҳамда бошқа аллергия аломатлар ва ҳатто оғир анафилактик шок ҳолатлари билан намоён бўлади. Эозинофилли инфильтрат кўпчилик аъзоларда бўлсада, айниқса ўпкада кучли бўлади. Бу аллергия ўзгаришлар инвазиянинг кейинги сурункали босқичида сусайсада, вақти-вақти билан (ўлган аскариданнинг парчаланишидан ажралган ҳосилаларнинг қонга сўрилишидан), зўрайиб, қайталаниб туради.



6-расм. Аскаридозни патогенетик боскичлари

Миграцион босқичда содир бўладиган аллергия ва токсик ўзгаришлардан ташқари ичак девори, қон томирлар, жигар, миокард ва айниқса ўпкада бўладиган механик жароҳатланишлар ҳам муҳим аҳамиятга эга. Бу аъзоларда турли даражадаги қон қуйилишлар бўлиб, кейинчалик яллиғланади, ва ҳатто микроабсцесслар юзага келиши мумкин. Личинкаларнинг ўтиши даврида юқори нафас йўли (трахея, кекирдак) шиллик қаватларида ҳам яллиғланиши содир бўлади.

Аскаридознинг иккинчи (ичак) босқичида аллергик ўзгаришларга нисбатан механик ва токсик ўзгаришлар кўпроқ кузатилади. Оқибатда ингичка ичак шиллик каватида механик жароҳатланишлар ҳамда ги перемия ва майда қон қуйилишлар кўрилади. Булардан ташқари, аскаридаларнинг таъсирида ичакдаги борлиқнинг кимёвий таркиби ўзгаради ва бутун ошқозон-ичакнинг ҳаракат фаолияти ҳам бузилади. Касалликнинг биринчи 2 ҳафтасидаёқ овқат ҳазм аппарати-нинг идора этувчи гормонлар (гастрин, секретин, кинин) миқдори ўзгаради ва оқибатда барча овқат ҳазмида иштирок этувчи ферментлар фаолияти сусаяди.

Аскаридалар токсини, кучли токсик ва аллергик таъсирга эга. У қонга тушганда беморнинг юрак-томир фаолияти бузилади — тахикард - дия, қон босимининг камайиши, миокард қувватининг камайиши каби аломатлар содир бўлади. Аскарида токсини таъсирида оғир анафилак - сия ҳолати ва ўлим ҳам кузатилган.

Аскаридоз, операциядан кейинги баъзи асоратларга, ичак тешилиши ва тутилишига (аскаридалар тўплами ичак йўлини беркитиб қўйиши туфайли) сабаб бўлиши мумкин. Шунингдек, улар ўт йўлига, ошқозон ости беги йўлига, нафас аъзоларига ўрмалаб кириши мумкин.

Баъзан аскаридалар ичакни жароҳатлаб, ҳатто тешиб ўтиши ва оқибатда организм бўйлаб бошқа аъзоларда кўчиб юриши ва жуда нохуш оқибатларга олиб келиши мумкин (Зарварақдаги 9-расмга қаранг).

Аскаридоз — дизентерия, корин тифи сингари кўпчилик юқумли касалликларни ҳамда баъзи-бир кўз ва бошқа юқумли бўлмаган касалликлар кечимини оғир асоратлаши мумкин. Булардан ташқари, аскаридоз организмнинг мудофаа кучини кескин камайтиради, иммунитет тақчиллигини юзага келтиради ва патологик қаришга сабабчи бўлади (Савчук Н.А. ва б., 1968). Қайта-қайта юқиши туфайли нисбий иммунитет ривожланади.

Клиникаси. Аскаридознинг клиник кечими жуда турлича — клиник белгиларсиз кечимдан тортиб, жуда оғир кечимгача, ҳатто ўлимгача бўлиши мумкин. Касалликнинг миграцион босқичи 5—7 кун давом этиб, баъзан белгиларсиз ўтади. Касаллик юққанидан 2—3 кун кейин беморда лоҳаслик, лоқайдлик, қуввацизлик, тез толиқиш, ссрзардалик, терлаш, бош оғриғи, баъзан иситма (кўпроқ субфебрил, айримларда 38—40°C), бўғимларда ва мушакларда

оғриқлар, терисида қичишиш, уртикар тошма ёки эшакеми кўрилади. Қўл ва оёқ бармоқларида майда пуфакчалар тошади. Лимфатик тугунлар, жигар ва талок катталашади. Айрим беморларда личинканинг жигарга ўтган даврида ўнг қовурга остида оғриқ, қорин кепчиши, жигар катталашини ва бироз жигар фаолиятининг бузилиши аломатлари кузатилади.



7-расм. Аскаридоз клиник белгилари: юз терисида тошмалар, тана харорати ошиши ва курук йўтал

Бу боскичга, асосан ўпка синдроми (Леффлер синдроми) хос: бемор курук ёки шилимшиқ, баъзан қонли шилимшиқ балғамли йўталади, ҳансираб нафас олади, кўкрагида оғриқ сезади, баъзан бўғилиб, кўкаради (астматик компонент), қон тупуради. Айрим беморларда плеврит ҳам ривожланиши мумкин, бунда кўкракдаги оғриқ ва ҳансираш кучли бўлади. Эшитиб кўрилганда, кўпчиликда бронхопневмонияга хос белгилар, рентгенда — кўпроқ ўнг томонида 3—4 см катталиқдаги ўчоқли инфилтрат кўрилади. Ўчоқли инфилтратлар жуда ўзгарувчан бўлиб, кўпинча тарқок бўлади, айрим ҳолларда сезилмайди. Улар унчалик турғун эмас — бир неча соатдан 6—10 кунгача, фақат айрим ҳолларда 1 ой ва ундан ортиқ сақланиши мумкин. Такроран рентгенда кўрилганда, кўплаб Леффлернинг «учиб юрувчи инфилтратлари» аниқланади, уларнинг кўриниши тез-тез ўзгариб, бир жойда йўқолиб иккинчи жойда пайдо бўлиб туради. Бу ўзгаришлар қонда эозинофилларнинг кўпайиши

(40— 60% гача) ва баъзан ЭЧТ нинг (20—40 мм/с гача) ортиши билан кузатилади. Лейкоцитлар сони ортмайди ёки бироз лейкоцитоз, айрим ҳоллардаги перлейкоцитоз бўлиши мумкин.

Касалликнинг сурункали (ичак) босқичи беморларнинг учдан бир қисмида ошкор белгиларсиз ўтади. Кўпчиликда ошқозон-ичак ва нерв системалари фаолиятининг бузилиши аломатлари билан намойиш бўлади. Беморнинг иштаҳаси бузилади, тез-тез кўнгли айнайди, баъзан қусадди, сўлак ажралиши кўпаяди, қорни ғижимлаб, кўпинча тутқаноксимон ва кучли оғрийди, уйқуси бузилиб, иш қобилияти пасаяди, боланинг психомотор ривожланиши сусайиб, онги занфланади, илжик ва тажанг бўлиб қолади, озиб кетади. Ичининг келиши баъзан суяқ, баъзан эса қабзият бўлади. Камдан-кам ҳолларда аскаридозли беморларда вестибулар ўзгаришлар, тутқанок хуружлари ва ҳатто менингиал аломатлар кузатилади. Қонда бироз эозинофилия, баъзан ғи похром анемия ва тромбоцитопения бўлади.

Асоратлар. Аскаридознинг ичак босқичидаги асоратлари жуда хилма-хил бўлиб, баъзан оғир кечади. Паразитлар ичакдаги операция чокларини йиртиши ва оқибатда перитонит ривожига сабаб бўлиши мумкин. Ўрмалаб кириши оқибатида ўткир аппендицит, обтурацион сарик касаллиги, йирингли холесистит, холангиогепатит, жигар абссесси ва оғир панкреатит ривожланиши мумкин. Ичак тугилиши, айрим ҳолларда (2,6—2,8%), аскаридаларнинг ичакда тўп бўлиб қолиши оқибатида бўлади. Болаларда, уйқуси вақтида, аскаридаларни ўрмалаб ошқозон, қизилўнғач, томоқ орқали трахеяга ўтиб, бўғилиб қолиши оқибатида ўлиши ҳоллари ҳам кузатилади. Аскаридозни ичак амёбиази, носпесифик яралли колит, дизентерия, қорин тифи, балантидназ сингари касалликлар билан бирга кечиши айниқса хавфлидир, чунки бунда кўпинча аскаридалар ичакни тешиб қорин бўшлиғига тушади ва перитонит ривожланишига сабаб бўлади. Айрим ҳолларда аскаридалар юракнинг ўнг қоринчасида, ўпка артериясида, бурунолди бўш- лиқларида ҳам топилган.

Оқибати. Аскаридознинг асоратланмаган кечими яхши. Асоратланганда эса кескин ёмонлашади.

Диагностикаси. Ташхис қўйишда ошқозон ичак тракти аъзоларининг касалланиши аҳамиятли ҳисобланади.

- Клиник-эпидемиологик белгилар.

Паразитар касалликлар

- Паразитологик таъхисот усуллари:
 - Ахлатни макроскопияси (кўздан кечириш);
 - Като, седиментация ва бойитиш усуллари орқали микроскопияси;
 - Балғам суртмасини микроскопияси.
- Аскаридоз таъхиси куйидагиларда кўйилади:
- Нажасда аскариданинг модина ёки наринаси топилганида;
 - Нажасда аскариданинг уругланган тухумлари топилгани якуний таъхис кўйилгани деб ҳисобланади. Уругланган тухумлар овалсимон шаклига эга бўлиб, тўқсарик ёки долчинранг оксилли йирик бўртиқ сатҳи (ёки у сиз) билан ёпилган. Тухум ичида қорамтир юмалоқсимон пушт хўжайра жойлашган. Тухум тублари холи ва шаффоф.
 - Таъхисотли дегелминтизациядан сўнг етук аскаридани топилиши. Бу омил ҳам аскаридоз таъхисини тасдиқлайди.



8-рисм. Аскаридозда таъхисот усуллари: макроскопик, микроскопик, серологик, рентгенография

- Серологик текшириш усуллари: фақат миграцион даврани аниқлашида ягона таъхисот деб ҳисобланади. Лекин бу таъхил ичак даврида ёрдамчи деб ҳисобланади. ИФТ (иммунофермент таъхили), ИФР (иммунофлуоресценция реакцияси).

Клиёсий ташхисоти. Пневмония, бошқа сабабли бронхитлар, ўткир ичак инфекцияси, бошқа ичак гелминтозлари билан фаркланиши керак. Клиник ташхисни ичакдаги аломатларининг полиморфизми мураккаблаштиради. Асосий аҳамиятни паразитологик текширишлар ва эпиданамнез ўйнайди.

Даволаш.

Ҳозирда аскаридознинг личинкали (миграцион) босқичида ҳам таъсир этувчи самарали дорилар яратилган. Масалан, минтезол (тиабендазол) — ҳар куни 50 мг/кг дан 5—7 кун давомида, кунлик доза 2—3 бўлиб ичирилади. Вермокс (мебендазол) — бир кунда 2 маҳал 100 мг дан 3—4 кун берилади. Бу дориларни бериш билан бирга, албатта антигистамин дорилар (супрастин, тавегил, димедрол ва бошқалар) берилиши керак.

Аскаридознинг кейинги (ичак) босқичида, кўпроқ левомизол (декарис, кетрокс), комбантрин, вермокс қўлланади. Улар жуда самарали бўлиши билан бирга қўлланиши осон, нохуш таъсири кам дорилардир.

Л э в о м и з о л — таблеткада чиқарилади. Катталарга 150 мг дан бир марта, кечки овқатдан кейин берилади. Бу дорининг самарадорлиги 80—100%. Фақат 1% беморларда нохуш (иштаҳанинг бузилиши, бироз кўнгил айнаши, қусиш, бош оғриғи каби) таъсир кўрсатади. Декарис болаларга 2,5—5,0 мг/кг ҳисобидан берилади. Ҳомиладор аёлларга бериш мумкин эмас.

К о м б а т р и н (пирантел) — суспензия ёки таблетка шаклида чиқарилади. Бу дори 10 мг/кг ҳисобидан бир марта, овқатланиш пайтида берилади. Комбатрин 90% беморларда тўлиқ самара беради.

М э б э н д а з о л (вермокс) — 100 мг дан таблеткада чиқарилади. Уни аскаридозли беморларга ҳам худди энтеробиоздаги тизимда берилади. Самарадорлиги 80—90% ни ташкил қилади. Нохуш таъсир кўрсатмайди. Вермокс кўпроқ полиинвазияли, яъни аскаридоз билан бирга яна бошқа инвазияси бўлган беморларни даволашда ишлатилади.

Собик Иттифокда ишланган янги **м э д а м и н** препарати ҳам аскаридозни даволашда яхши самара билан кенг қўлланилмоқда. Уни суткалик дозаси 10 мг/кг бўлиб бир кун, полиинвазияларда эса уч кун берилади.

Аскаридозни даволашда яна нафтамон, пи перазин (ва унинг тузлари) сингари дорилардан ёки зонд ёрдамида ошқозонга кислород юбориш усулидан ҳам фойдаланиш мумкин. Бирок уларнинг самарадорлиги бироз камроқдир.

Профилактикаси. Аскаридозга қарши олиб бориладиган чоралар бир вақтда, комплекс равишда олиб борилган тақдирдагина самара бериши мумкин. Улар касаллик манбайини зарарлантириш (беморни даволаш) ва юқиш йўллари қирқишга (тупроққа, сувга ва улардан сабзавот, хўл мевалар ва кўлга аскарида тухумлари тушмаслигига) қаратилмоғи керак.

Аскаридоз кенг тарқалган ўчоқлардаги барча аҳоли орасида бир йилда икки марта гижжадан фориғ этиш чоралари ўтказилади.

Тупроқ ва сувни нажас билан ифлосланишининг олдини олишга қаратилган санитария—ҳимоялаш чораларини ўтказилиши жуда муҳимдир. Зарарсизлантирилмаган одам ахлатидан гўнг сифатида фойдаланиш қатъиян ман этилади. Умуман аҳолининг санитария маданиятини ҳамда ичак касалликлари (айниқса уларнинг юқиш йўллари) ҳақидаги маълумотини ошириш жуда муҳим аҳамиятга эга.

Реконвалесцентлар диспансеризацияси. Диспансер кузатуви — 6 ойгача. Қайта назорат таҳлили 3 маҳал 7 кунлик танаффуслари билан даволашдан 3, 4, 6 ойдан кейин.

ГИМЕНОЛЕПИДОЗ (ХЕМИНОЛЕПИДОСИС)

Гименолепидоз — контагиозли антропоноз ичак биогельминтози. Бу паразитоз ошқозон-ичактрактининг фаолияти хасталиги, умумий захарланиш, аллергик реакция ва диспептик бузилишлари билан кечади. У барча (айниқса иссик) ўлкаларда, шу жумладан Марказий Осиёда кенг тарқалган гижжа турларидандир.

Этиологияси. Кўзғатувчиси — Ҳименолепис нана (пакана гижжа, карликовий сепен) нисбатанкичкина (бўйи 1,5—2,0 см, айримлари 5 см гача, эни 0,55—0,7 мм) гижжа бўлиб, унинг боши (сколекс) да 4 та сўрғичи, кичкина ҳартуми ва 20—30 та илмоқлари бор, танаси — стробила, 160—1000 тагача гермофрадит бўлакча (проглотит) лардан ташкил топган.



9-рисунок. Геминиолепидознинг вегетатив шакли ва тухумлари ташиқи кўриниши

Пакана гижжа ривожланиш жараёнини одам организмни ўзида тўлиқ ўтказа олади, шунинг учун ҳам одам шу гижжага ҳам оралиқ, ҳам асосий хўжайини ҳисобланади. Гижжа танасидаги бўлакчалар тухумлар билан лик тўла, бачадондан иборат бўлади. Ҳар бир бачадонда 180 та гача личинкали тухуми бўлади. Бу гижжалар одамнинг ингичка ичагида яшайди ва уларнинг сони ҳар бир беморда 200 ва ундан ортиқ бўлади. Бошқа тениидлардан фарқли ўларок, бу гижжанинг тухумлари фақат гижжа бўлаклари ташқарига чиқарилгандан кейингина эмас, балки ичакни ичида ҳам (бўлакчанинг ёрилиши ёки ундан сиқиб чиқарилиши йўли билан) ажралади. Бу ҳолат бемор ичагида аутоинвазия ҳодисаси юз беришига олиб келади.

Эпидемиологияси. Беморнинг ахлати билан ташқарига ажратилган гижжа бўлакчаларида (ва алоҳида ажралган ҳолда ҳам) кўплаб тухумлари бўлиб, уларда етилган личинка — онкосфера бўлади ва атрофдаги ҳар хил буюмларни ифлослантиради. Шу ифлосланган буюмлардан (айниқса ҳожатхона эшигининг бандлари, унитазлар, туваклар, ўйинчоқлар) ва озиқ-овқатлар орқали контакт йўли билан оғизга тушади. Бу гижжа тухумларининг тарқалишида пашшалар ҳам маълум рол ўйнаши мумкин.

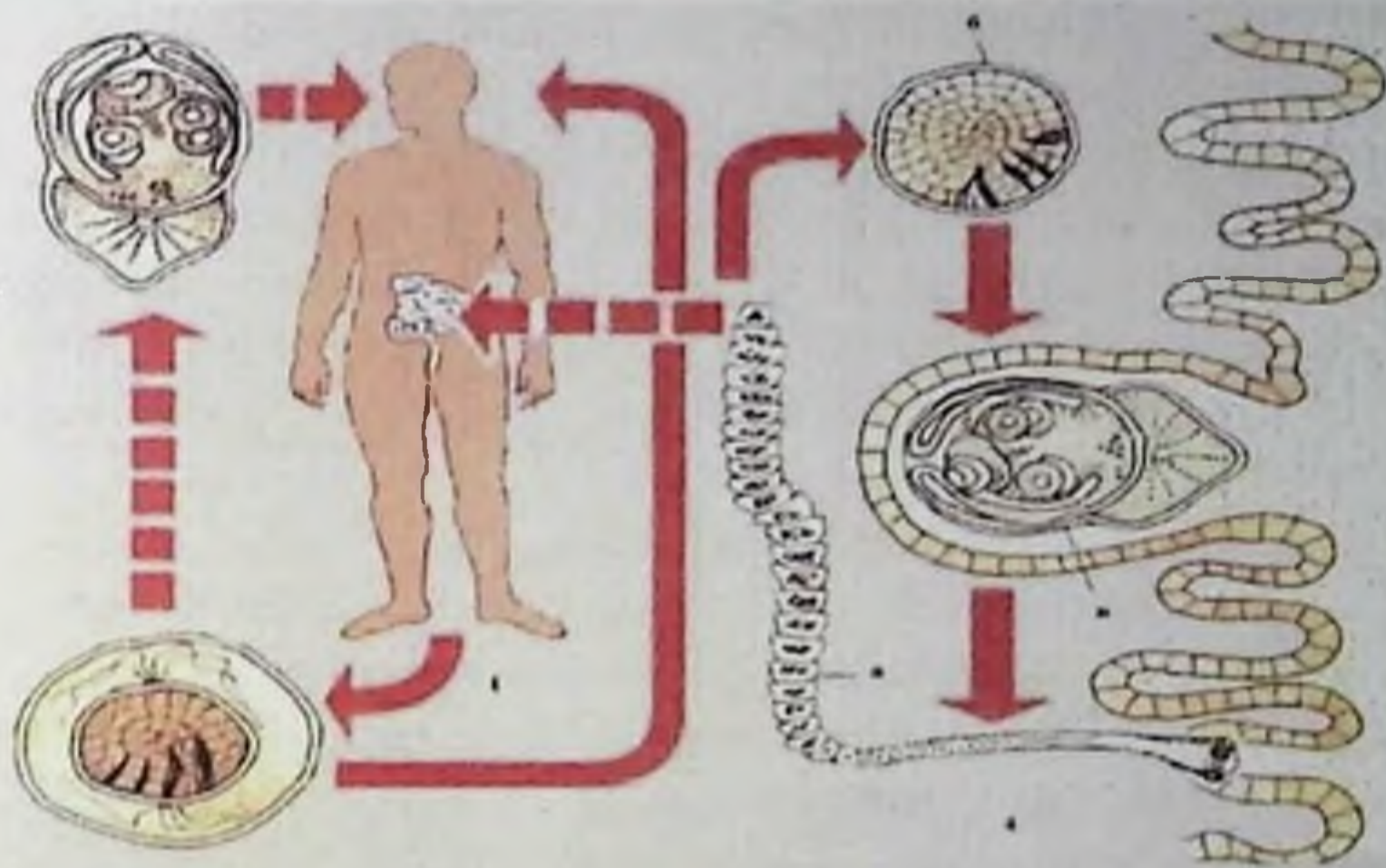
Ичакда гижжадан ажралган онкосфералар, қайтатдан ичак шиллиқ қаватига кириб олиб, ичак ички аугосуперинвазиясини юзага келтириш қобилиятига эга.

Пакана гижжа — зооноз, оғиз орқали юқувчи гелминтоздир. Бу гижжанинг манбайи ва охири хўжайини — кемирувчи (сичкон, каламуш) лар, оралиқ хўжайини — бурга, суварак ва бошқаларнинг личинкалари ҳисобланади. Паразитни одамга юқи ши бундай хашаротлар личинкаларини сезмаган ҳолда ютиб юбориш орқали содир бўлади. Ичак ички аутосуперинвазия ҳодисаси кузатилмайди.

Гименолепидоз — кўпроқ шаҳар аҳолисини, айниқса 4—14 ёшдаги боалларни зарарлайди. Касалликни ўтказган шахсларда иммунитет масалалари хали яхши ўрганилмаган. Ташқи муҳитда, айниқса курукликда ва иссиқликда гижжа тухумлари тез нобуд бўлади. Уй ҳароратида 3—4 сутка, сувда эса 18—20°C да 35 кунгача сақланади. Карбол кислотаси, хлор оҳаги сингари дезинфекцияловчи моддалар таъсирида 5—30 дақиқада нобуд бўлади.

Патогенези ва патологик анатомияси. Иммунитет. Оғиз орқали одам организмига тушган гижжа тухумининг устки қобиғи ошқозон-ичак ферментлари таъсирида эрийди ва ичакка личинкалари (онкосфералар) тушади. Личинкалар ингичка ичак ворсинкалари орасида жойлашиб олиб, цистицеркоидга айланади; 4—7 кундан кейин цистицеркоид ворсинкаларни парчалаб ичак бўшлиғига тушади ва ичак шиллик пардасига ёпишиб олиб 14—15 кунда етилган гижжага айланади. Етилган ҳ.нана одам ичагида 2 ойдан ортиқ яшамайди, бироқ, ичак ичида аутосуперинвазия хусусиятига эга бўлганлиги туфайли у одам организмида, айниқса иммунитет пасайганда, кўп марталаб қайтақайта цикиллар бериши ва кўплаб микдорда тўпланиши мумкин.

Бошқа гижжалар сингари бу гижжа ҳам организмга турли хил (патогенетик, механик, токсик ва аллергик) таъсир кўрсатади. Доимий механик қитикланиш оқибатида, айниқса паразитлар сони кўп бўлган тақдирда, аввалига ичак деворида инфилтратив яллиғланиш, кейинчалик эса некроз (баъзан чуқур, ҳатто ичак мушак қаватигача) ривожланади ва яра пайдо бўлади, бундан ташқари, ворсинкаларни емирилиши оқибатида ичакда сўрилиш қобилияти ҳам кескин бузилади. Инвазия юқори (ичакда ўнлаб ва юзлаб минг паразит) бўлган тақдирда ичакнинг жароҳатланиши оғир ва хавфли бўлиши мумкин.



10-расм. Геминолептознинг патогенетик давлари

Гижжадаги модда алмашинуви ва уларнинг парчаланиши оқибатида пайдо бўлган ҳосилаларнинг токсик ва аллергик таъсири ҳамда аутоенсибилизация сабабли организмда кўплаб патологик жараёнлар юзага келади. Бунинг оқибатида, ичакдан ташқари бошқа аъзоларда ҳам, жумладан: жигарда, лимфа тугунлари ва бошқаларда гранулематоз ўзгаришлар ва некрозлар кузатилади. Доимий равишда нерв-рефлектор таъсирлар бўлиб туриши оқибатида МНС фаолияти ҳам бузилади. Баъзан миёда турғин ўчоқ пайдо бўлиши ва оқибатда тутқаноқсимон тиришишлар кузатилиши мумкин. Гижжанинг умумтоксик таъсири туфайли организмда иммуногенез сусаяди, бу ҳолат бошқа юқумли касалликларни (дизентерия ва б.) оғир ёки сурункали кечимига сабаб бўлади. Гименолептоз, одатда, қиска вақт 1—3 ой давом этади.

Иммунитет тақчиллиги туфайли суперинвазиялар бўлган тақдирда эса кўпроқ ёш болаларда, касаллик узок ва турғун давом этади. Кўпчилик болалар 10—14 ёшга етганларида бу касалликдан бутунлай тузалиб кетади.

Клиникаси. Беморларнинг деярли учдан бир қисмида гименолептоз клиник белгиларсиз, ёки субклиник тарзда ўтиши мумкин. Клиник намоён кечганида эса бемор иштаҳанинг пасайганлиги, бош оғриғи, кўнгил айнаши, гоҳо қусиш, киндик атрофида оғрик, баъзан ичнинг суюқ келиши, кўп сўлак оқиши,

кекириш каби аломатларга шикоят килади. Қориннинг оғриши асосан кечкурун безовта килади, баъзан кучли хуружли бўлади. Қориннинг оғриғи овқат ейилиши билан боғлиқ бўлмай, нажас кўпинча суюқ, баъзан шилимшиқ аралаш бўлиши мумкин. Кўпчилик беморлар тажанг бўлиб қолади, уларни бош оғриғи, бош айланиши, тез толиқиш безовта килади. Болаларда вақти-вақти билан мушаклар тортишиши, тутқаноқ сингари тиришишлар, қиска муддатли хушини йўқотишлар бўлиши мумкин.

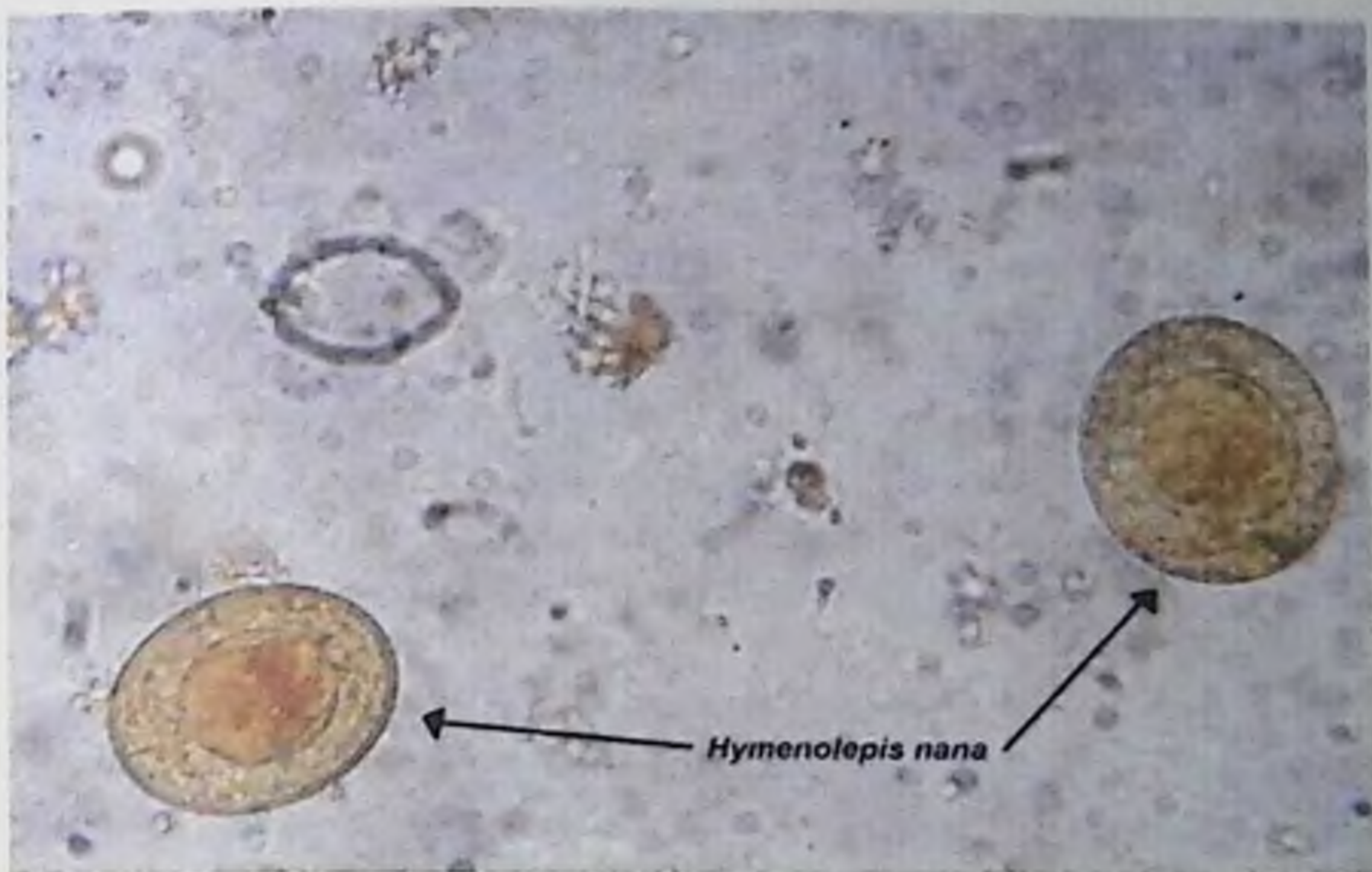
Айрим беморларда (1—6%) аллергик тошма, терининг қичишиши, вазомотор ринит, Квинки шиши, астматик бронхит сингари аломатлар, баъзан жигар катталашини ва унинг фаолияти бузилганлиги кузатилади. Айрим беморларда тана ҳарорати вақти-вақти билан субфебрил даражада, баъзан эса қиска муддатли, бироқ юқори даражада кўтарилиб туради. Касаллик узок давом этганда анемия ривожланиб, бемор озиб кетади.

Гименолепидоз узок давом этиб, уни даволаш учун кўп кимёвий дорилар олган шахсларнинг кўпчилигида жигар катталашини ва унинг фаолиятининг бузилганлиги (аминотрансферазалар активлигини ва билирубин миқдорини ортиши, оксил синтези камайиши) кузатилади. Қон текширилганда, айрим беморларда бироз гипохром анемия, лейкопения, камдан-кам холларда эозинофилия, ЭЧТ ортганлигини кўриш мумкин.

Оқибати. Кўпчилик беморларда яхши, бироқ такрорий аутоинвазиялар касаллик оқибатини оғирлаштириши мумкин.

Диагностикаси. Асосан бемор нажасидан гижжа тухумини, ёки гижжанинг ўзини аниқлашга асосланган. Бу мақсадда Фоллеборн ва Калантарян ёки Катонинг селлофанли қалин томчи усуллари кенг қўлланади. Бироқ бу усулларнинг ҳаммаси ҳам тўлиқ ишонарли бўлмаганлиги туфайли 1969-йилда П.М.Лернер ва В.А.Гоголлар янги, икки марта ортиқ, ижобий натижа берадиган — флотация усулини таклиф этишган. Бу усул, айниқса инвазияси кам бўлган беморларда ташхис қўйишда кўл келади.

Паразит тухумлари тез нобуд бўлиши туфайли, нажасни ёзилишдан сўнг биринчи 2 соатда текшириш лозим. 5-7 кунлик танаффуслари билан 3 мартаба текшириш ўтказиш керак.



11-расм. Гимнолелидоз тухумларини микроскопик кўриниши

Умумий қон таҳлили (эозинофилия, ЭЧТ ни кўтарилиши, камқонлик), биокимёвий ўзгаришлар (аминотрансферазалар кўпайиши). Бу ўзгаришлар – носпецифик аломатлар ва клиника, эпидемиологик белгилар ҳамда паразитологик текширишларсиз ташхис қўйишга асос бўлмайди.

Киёсий ташхисоти. Бошқа ичак паразитозлар (дифиллоботриоз, тениоз, энтеробиоз ва лямблиозлар) билан дифференциал ташхисот ўтказилади.

Даволаш.

Госпитализация. Гимнолелидоз кийин даволанадиган одам гелминтозлари тоифасига киради. Бу *Химнолелис нана* нинг ривожланиш даврларининг хусусиятилари ҳамда бемор организмнинг ўзига ҳос реакцияси билан боғлиқдир. Шунинг учун беморни ташхис қўйилгандан кейин тез равишда шифохона ёки кунлик стационар шароитида даволашни бошлаш зарур. Даволашда касаллик давралик кечишини эътиборга олиш лозим.

Базис даволаш. Санитар-гигиеник тадбирлар ва шахсий гигиенага амал қилиш. 4(а, б) - сонли парҳез таомлари бўйрилади.

Этиотроп даволаш.

- **Празиквантел** – бир маротабалик кунлик ўлчами 25 мг/кг дан белгиланади. Зарурияти бор вазиятларда шу тарика 10 кундан кейин қайталанади.

- **Никлозамид:**

Ҳозиргача никлозамид билан даволашда бир неча схема мавжуд:

- 1 схема (Лернер П.М.) – 5 кунлик танаффуслари билан ўтказиладиган 5-7 икки кунлик давралар. Шу кунларда никлозамид куйидаги ўлчамларда белгиланади: 1-2 ёшдаги болаларга – 0,3 г; 3-4 ёш – 0,5 г; 5-6 ёш – 1,0 г; 7-10 ёш – 1,0 г, 11 ёшдан юқори ва катталарга – 2 г.

- 2 схема (Гриненко Н.В., Береславич Т.Н.) – никлозамидни бўлак-бўлак берилиши. Бунда бир кунлик ўлчам тўртга бўлиниб ҳар 2 соатда (масалан: 6.00-8.00-10.00-12.00 соатларда) берилади, икки кун давомида. Тўрт кунлик танаффусдан сўнг яна шу тарика қайталанади. Гименолепидозни шиддатли (персистент) кечишида бунақа давралардан 3-та ўтказиш тавсия этилади. Фенасал белгиланганида куйидаги ўлчамларга амал қилиш керак: 2 ёшгача болаларга бир маротабалик – 0,15 г, кунлик – 0,6 г; 3-5 ёш – 0,25 г ва 1,0 г; 6-12 ёш – 0,4 г ва 1,6 г; 13 ёшдан юқори ва катталарга – 0,5 г ва 2 г.

3 схема (Аракчсева С.Г., Исасва Х.Б., Зубицкая М.А. Магдиева С.Р.) – никлозамид билан олти кун давомида даволаш. Бунда дори олти кун давомида 2-7 ёшгача болаларга – 2 г, 8 ёшдан юқори ва катталарга – 2,5 г дан белгиланади.

Ҳамма схемаларда дори 10-15 дақиқа беришдан олдин беморга 1%- ли натрий гидрокарбонат (ош содаси) эритмаси ичкизилади. Никлозамид тенг миқдорда шакар билан яхши янчилик кам миқдорда сув билан ичилади. Дори берилганидан сўнг тўрт соат ўтгандан кейин тузли ич сурадиган восита (масалан, магний сульфат эритмаси) берилиши шарт.

Патогенетик даволаш. Десенсибилизация терапия. Дисбактериозни олдини олиш учун пробиотик ва эубиотикларни белгилаш. Ёндош ва қайта зарарланишни олдини олиш учун дегелминтизациядан олдин поливитамиинлар ва антигистамин препаратларни белгилаш. Иммуномодуляторлар берилади.

Фитотерапия (наъматак меваси, Ходжиматов ўт хайдовчи йиғмаси, маккажўхори сўтаси ва попуги, дагал далачой ўти, ел хайдовчи йиғма, мойчечак гуллари)

Профилактика.

Тиббий-санитар тадбирлар:

- Болалар муассаси ходимлари, бошланғич синф мактаб ўқувчилари, ишга ва ўқишга кираётган шахслар йилда бир марта гименолепидозга текширилишлари шарт.

- Беморларни даволаш ва даволашдан кейин назорат қилиш.

- Бемор ётган хона, фойдаланадиган тувак, курси, эшик дасталари, пой сатхилар кундалик дезинфекциядан ўтказилинади. Касал ётган хона ёки палатада Ўзбекистон Республикасида қўлланишга рухсат берилган дезинфекция воситалари билан нам сипириб-сидириш ўтказилади.

- Санитария-тарғибот ишлари.

Реконвалесцентлар диспансеризацияси. Қайта

текширишлар, даволаш тугагач 3 ҳафтадан кейин 3 маротаба ўтказилади. Диспансер кузатуви 6 ойгача, шу вақт мобайнида ҳар чоракда назоратли таҳлил ўтказилади.

ТЕНИАРИНХОЗ

Тениаринхоз — Тениаринхоз – баъзида аломатларсиз, баъзида токсик-аллергик реакциялар, диспептик бузилишлар билан ифодаланувчи ошқозон-ичак трактини шикастланиши билан кечувчи антропонозли биогельминтоз ҳисобланади. Тениаринхоз — оғиз орқали юқувчи (перорал), антропоноз биогелминтоздир.

Этиологияси. Касалликнинг кўзгатувчиси — Таениархйнчус сагинатус — (хўкиз тизмали – қуролланмаган гижжа, ёки солитёр, сепенп бичий), ривожланиб етилган даврида бу гижжанинг узунлиги 7—10 метргача, эни 1,5—2,0 см га боради. Гижжани тасмали (лентасимон) боскичида — йириккина (1,5—2,0 мм диаметри) боши (сколекс), бўйни ва бўлакчалардан иборат узун — тасмасимон танаси бор. Тумшугида 4 та кучли сўрғичи бор. Танаси эса 2000 га яқин бўлакчалардан (проглотид) иборат.

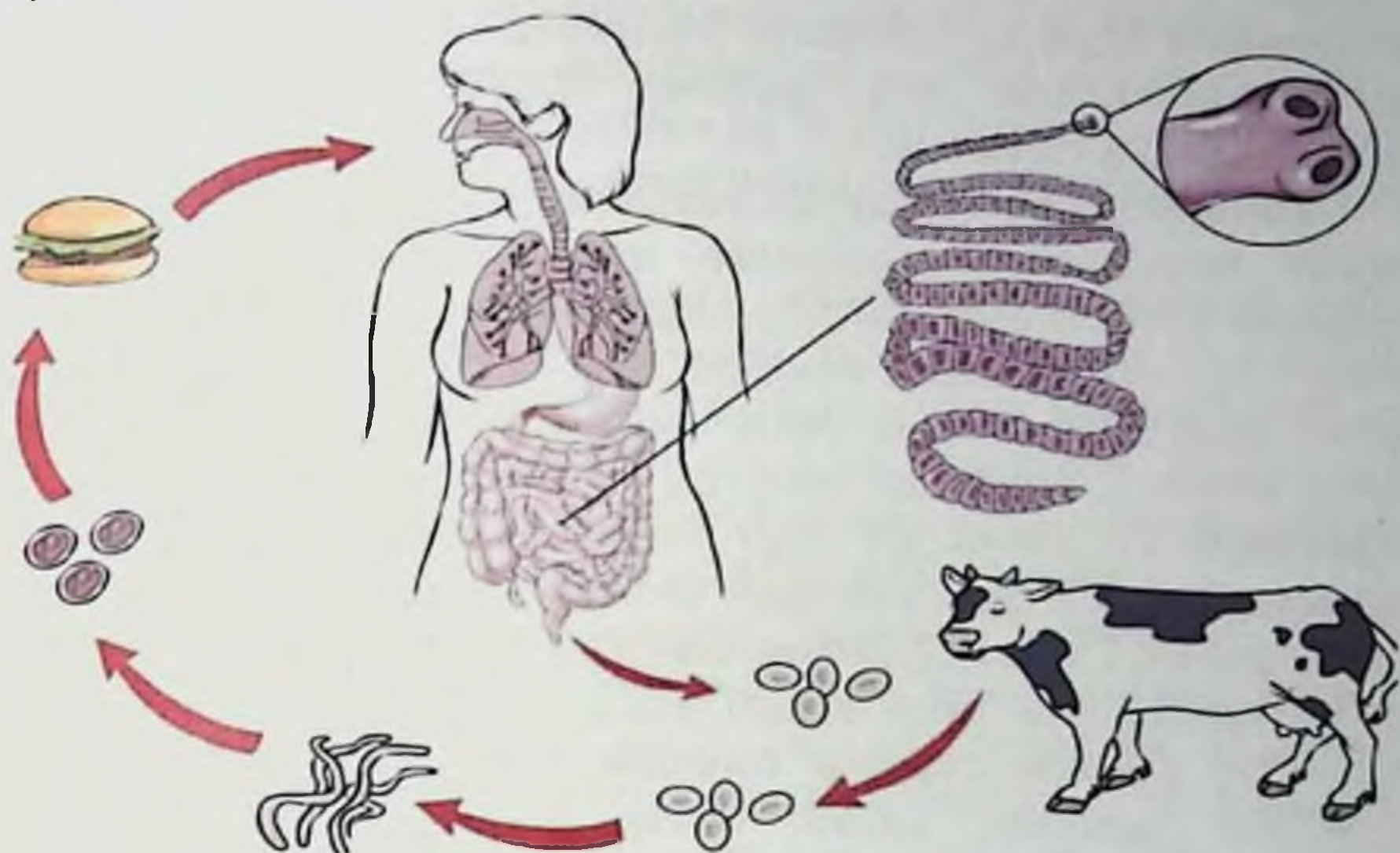
Проглотиднинг пайдо бўлиши ва ривожланиши гижжанинг бўйин қисмидан бошланиб, етилган сари қуйи қисмига сурилиб боради. Паразитни тасмали босқичи одам (асосий хўжайини) нинг ингичка ичагида паразитлик қалади. Ичакда ривожланиб етилган гижжадан узилиб чикқан бўлакчалар нажас орқали ташқарига чиқарилади. Барча сестодлар сингари *T. Сагинатус* ҳам гермафродит бўлиб, ҳар бир бўлакча ичида ҳам эркак, ҳам урғочи аъзолар етилади. Ҳар битта гижжа бўлакчасида жуда етилган (18—32 гача шохланган) бачадон бўлиб, уларнинг ичида 145000—175000 тагача тухум бўлади. Ташқарига ажралган гижжа бўлакчалари ҳар хил йўллар (ифлосланган ем-хашак, сув ва бошқалар) билан қорамоллар организмига киради.



12-расм. *Таениархйнчус сагинатус* вегетатив ташки кўриниши

Қорамол ичагида гижжанинг личинкалари парда ичидан чиқиб, қонга тушади ва мускуллар орасидаги бириктирувчи тўқималарга ўрнашиб, юмалок пуфакка ўхшаш шаклга киради — яъни финналар ҳосил бўлади. Ана шундай таркибида финналари бўлган қорамол гўштини етарли яхши пиширмасдан истеъмол қилинганда бу финналар одам ичагига тушади ва ривожланиб балогатга етади.

Баъзан одам ичагида бир вақтда бир неча гижжа паразитлик килиши мумкин.



13-расм. Тениаринхознинг ривожланиши цикли

Эпидемиологияси. Тениаринхознинг бирдан—бир манбайи ичагида шу гижжа бўлган (яъни, инвазияланган) одам ҳисобланади. Инвазияланган одам шохли ҳайвонлар учун касаллик манбайи бўлади. Одамга эса паразит личинкалари, асосан, таркибида финналар бўлган мол гўштани пиширмасдан ёки чала пиширилган ҳолда истеъмол қилинганда юқади. Қассоплар ва уларнинг оила аъзолари, уй бекалари, хом гўшт истеъмол қилувчилар ва мактаб ёшидаги болалар кўпроқ касалланади. Одам организмида бу гижжа 25 йил ва ундан ортиқ паразитлик қилади. Бу паразитни яшаш ва ривожланиши жараёни мураккаб. Паразитнинг жинсий етилган (стуклик) босқичи, асосий хўжайини бўлмиш одам организмида ўтса, личинкали босқичи, асосан оралик хўжайини — йири к шохли қорамол лар организмида ўтади ва ўртача 1—1,5 йил давом этади. Баъзан шимол бўрилари, кўтослар ва бошқалар. Ҳам оралик хўжайин бўлишлари мумкин. Касалликни кенг тарқалаши кўпроқ куз ва қиш ойларида кузатилади. Бунга, шу мавсумда шохли молларни назоратсиз кўп сўйилиши сабаб бўлади. Ўзбекистонда гижжанинг бу тури кўпроқ Хоразм, Бухоро, Тошкент, Самарқанд вилоятлари, шунингдек, Қорақалпоғистонда тарқалган. Умуман бу

касалликнинг энг кўп тарқалган эндемик зонаси (зарарланиш кўрчатгичи 10% дан ортиқ) Жанубий Африка ҳамда Ўрта ер денгизининг шарқида жойлашган ўлкалар ҳисобланади. Шунингдек, тениаринхоз Кавказ орти, Доғистон Марказий Осиё ва Сибир ўлкаларида ҳам тарқалган.

Патогенези ва патологик анатомияси. Одам ичагига тушган гижжа личинкаси пардаларидан ажралиб чиккач сўргичлари ёрдамида ингичка ичак шиллик пардасига ёпишиб олади. Ичакда у етилиб 2,5—3 ойда йирик гижжага айланади ва йиллаб паразитлик қилиб яшайди. Гижжа ва унинг ажралмалари одам организмда кучли механик, токсик ва аллергик таъсир кўрсатади. Гижжанинг сўргичлари ва шунингдек узун танаси ичак шиллик пардасини шикастлайди ва ичакда кенг нерв-рефлектор кўзғалиш ўчоқларини пайдо қилади. Гижжа бўлакчаларининг тез-тез актив ҳолда ичакдан чиқиб туриши эса орқа пешоб соҳасини жароҳатлайди. Невр-рефлектор таъсири туфайли ошқозон шираси ва ўт моддасини ажралиши бузилади. Баъзан гижжа ичакка тақилиб қолиши, шунингдек аппендицит, холесистит ёки панкреатит аломатлари ривожланиши мумкин. Булардан ташқари, бир неча метрли гижжани доимий равишда хўжайини ҳисобига овқатланиши ҳам организмни (айниқса гижжа кўп бўлса) жуда толиктиради ва шунинг учун бундай беморлар доимо очлик ҳис этадилар.

Гижжадаги модда алмашинуви туфайли ҳосил бўладиган чиқиндилари захарли ва аллергик таъсир кўрсатади. Аллергик реакциялар терида тошмалар тошиши, конда эозинофилия ортиши билан намоён бўлади.

Клиникаси. Касалликнинг клиник белгилари асосан сурункали кечими даврида намоён бўлиб, жуда турлича (билинар—билинемас симптомлардан тортиб, то жуда оғир кечимларгача) бўлиши мумкин. Кўпинча тениаринхоз жуда кам белгилар билан, фақат ичакдан гижжа бўлакчаларини ёки, айтиқса, гижжа тўдасини ажралиб чиқиши билан намоён бўлади. Бошқа бел гилар: бироз қуввацизл ик, бош айланиши, серзардалик очиқиш, қоринда (айтиқса, кўричак соҳасида) оғриқ каби аломатлардан иборат бўлади. Оғриқнинг кўпроқ қориннинг ўнг пастки қисмида сезилишининг боиси, гижжа бўлаклари (проглотидлар)нинг ресепторларга бой бўлган бу агиниев қопқоғидан ўтиш даврида бўладиган кучли китикланишидир. Айрим беморларда—тез

толиқиш, тинка қуриши, тажанглик, тез-тез очқиш (кейинчалик эса аксинча иштаҳасизлик), ўқтин-ўқтин қорин оғриғи, қорин кепчиши, кўнгил айнаш, баъзан ич кетиши каби аломатлар кузатилади. Баъзи бир беморларда уйқунинг бузилиши, тез-тез бош айланиши, айрим ҳолларда ҳатто тутқаноқ тутиши ва бошқа неврологик аломатлар кўрилиши мумкин. Қонда — лейкопения, эозинофилия баъзан биров камқонлик кузатилади.

Асоратлари. Баъзан гижжа бўлакчалари чувалчангсимон ичакка, ўт пуфагига, ўн икки бармоқ ичакка, ошқозон ости безига ўрмалаб кириши мумкин. Айрим ҳолларда гижжа қорин бўшлиғида, вагинада ва ҳатто бурун бўшлиғида ҳам топилади. Камдан-кам ҳолатларда (ичакда бир вақтда бир неча паразит бўлган тақдирда) бу гижжа, ичак тугилиб қолишига сабаб бўлиши мумкин.

Диагностикси. Тениаринхоз ташхиси асосан — гижжа бўлакчаларини вақти-вақти билан ичакдан фаол равишда ўрмалаб чиқиб туриши ёки ахлат билан ажралиб туришини кузатишга асосланади. Тениаринхознинг диагностикасида қўлланадиган лаборатор усуллар орасида нажасдан Като ва Гейн усулида таёрланган суртма билан бир вақтда флорацион усулни қўллаш энг юқори самара беради. Бунда ўтказилган таҳлилларнинг 94,7% да онкосфералар аниқланади. Бемор ахлатида ёки анус атрофидан олинган суртмада аниқланган гижжа тухумини чўчка солитёри тухумидан фарқлаш жуда қийин.

Киёсий ташхисоти. Ҳамма тениидалар тухумлари микроскопияда фарқланмайди. Шунинг учун дифференциал ташхисотда гелминтнинг сколекси (бошча) ва проглоттидалар (бўғимчалар) морфологиясига эътибор бериш керак. Хўкиз тизманинг дифференциал-диагностик аломати бу сколексда илмоқлар йўқлигидир. Кўпинча хўкиз тизмаси ичакни контраст рентгенологик текширишда узун йўл-йўл бўлиб кўринади. Уни колитдан, энтероколитдан ва бошқа ичак гелминтозлардан фарқлашади. Анусдан мустақил равишда судралиб терига қараб узун проглоттидаларни чиқиши ташхисот тарафидан катта аҳамиятга эгадир.

Даволаш. Тениаринхозни даволашда охириги йилларда асосан юқори самарали ва кам заҳарли бўлган феносал (ёмезан, никлозамид, сестоцид, вермитин ва бошқалар) кенг қўлланмоқда.

Феносал — бир беришда (суткалик дозаси ҳам шу): 5 ёшгача бўлган болаларга — 0,5—1,0 г, 6—9 ёшдагиларга — 1—1,5 г, 10—12 ёшда — 1,5—2,0 г, 13 ёш ва ундан катталарга — 2 г дан берилади. Феносални ётишдан олдин ёки наҳорга берилгани маъқул. Уни беришдан олдин чорак стакан сувда 1—2 г содани эритиб ичирилади. Феносал захарсиз бўлсада уни ҳомиладор аёлларга айниқса ҳомиладорликнинг бошланғич даврида бериш манъ этилади. Айрим беморларда препарат кўнгил айнаш, қусиш, қоринда оғриқ, бош айланиши, қуввацизлик қабзият ёки ич кетиш каби нохуш аломатлар бериши мумкин. Феносал билан даволаш учун махсус тайёргарлик қилиш шарт эмас. Сурги ҳам берилмайди, ҳуқна ҳам қилинмайди. Фақат енгил ҳазм бўлувчи таомлар парҳези тавсия этилади. Феносал билан даволаш кўпинча фақат 1 кун давомида (амбулатория ёки уйда) ўтказилади. Биргина феносалнинг ўзи билан даволанганда фақат 79,5% беморлар гижжадан тўлиқ фориғ бўлади. Ўтказилган даво натижа бермаган тақдирда препаратни яна 3 кундан кейин такроран бериш мумкин. Ҳозирда феносалдан ташқари бошқа, таркибида феносал бўлган — дихлосал ёки трихлосал сингари дорилар ҳам ишлатил мокда. Жумладан, феносални трихлорофен билан қўшма препарати, яъни «трихлосал» (ёки «дихлосал») бир кун берилганда самарадорлик 85,6%, икки кун берилганда эса 93,2% бўлади (Джумаев М.Д., 1996). Бу препаратларни ҳомиладор аёлларга ва болаларга ҳам бериш мумкин. Трихлосал бошқа шу катори препаратлардан ўзининг захарсизлиги ва нохуш таъсир кўрсатмаслиги билан фаркланади. Бу препаратлар овқатланишдан 1—1,5 соат олдин ширин чой билан ичирилади. Агар, наҳорга 2 г содани сув билан ичириб, 5—10 дақиқа дан сўнг препаратни (феносал 2г трихлорофен 1 г) сувли суспензия ҳолатида ичирилса, натижа янада самаралироқ бўлади.

Празиквантел — кунлик ўлчам 20-25 мг/кг бир маротабалик ичилади. Сурункали (1 йилдан зиёд) кечадиган инвазияда 10-12 кундан кейин даволаш қайталанади.

Никлозамид — катталарга кунлик ўлчам 2-3 г дан бир маротабалик, овқатдан кейин ёки эрталаб овқатдан олдин ичилади. 2 ёшгача болаларга 0,5 г дан, 2-5 — 1,0 г, 6-12 ёш — 1,5 г.

Албендазол — 2 ёшдан юқори болаларга ва катталарга 400 мг кунига бир маротаба 3 кун давомида.

Бу воситалар хомиладор ва эмизадиган аёлларга тақиқланади. Хомиладор аёлларга **ош қовоқ** уруғларини тавсия этиш мумкин.

Ҳом ёки хавода қуритилган қовоқ уруғларини пўстидан тозалашади. 300 г (катталарга) тозаланган ош қовоқ уруғларининг ички кўк қатламини қолдириб қовончада кам миқдорда ийлашади. Охирида қовончани 50-60 мл сув билан чайқаб сув билан ийланган уруғлари бор бўлган товоққа тўкишади. Бунга 50-100 г асал ёки мураббони қўшиб астойидил аралаштириланади. Тайёрланган омухтани касал оч қоринга тўшакда ётиб кам миқдорларда бир соат давомида қабул қилади. Уч соатдан кейин ич сурадиган воситани ичиш керак, шу билан бирга ич сурадиган дорининг самарадорлигига қарамай ярим соатдан кейин тозаловчи хукна қўйилади. Овқатланиш фақат ич сурадиган доридан кейин бемор ёзилса рухсат этилади.

Тозаланган ошқовоқ уруғи қуйидаги миқдорда берилади: 3-4 ёшда – 75 г; 5-7 ёшда – 100 г; 8-10 ёшда – 150 г; 10-18 ёшда – 200-250 г; катталарга – 300 г.

Профилактикаси. Дегелминтизациядан сўнг бемор 5 ой давомида назорат остига қўйилади. Шу вақт мобайнида касал ҳар ой текширилиши лозим (сўров ва перианал буртмалардан қиринди). Агар шу вақт давомида бугимчалар чиқиши кузатилмаса, касал соғломлаштирилган деб ҳисобланади ва диспансер кузатувидан чиқарилади.

Тениаринхоз кенг тарқалган ҳудудларда чорвадорлар ва уларнинг оила аъзолари ўртасида 2-2,5 ойда бир бор, ёки 4 ойда бир бор никлозамид билан химиофилактикасини ўтказиш керак.

Тениаринхоз профилактикасида аҳоли орасида зарарланишни йўллари, олдини олиш чоралари, касалликни асосий принциплари, ҳом гўштни, чала қовурилган қабоб гўштни ва бошқа гўшт маҳсулотларини истеъмол қилишда касалланиш эҳтимоллигини тушунтирувчи санитария маориф ишлари олиб борилиши катта аҳамиятга эгадир. Чорвадорлар ва молга қарайдиган шахсларда қўлларни астойидил ювиш одатни уқтиришга қаратилиши катта аҳамиятга эга.

Реконвалесцентлар диспансеризацияси. Қайта назорат текширишлари даволашдан кейин ҳар ой 5 марта ўтказилади. Диспансер кузатуви 5 ой давомида.

ЭХИНОКОККОЗ

Эхинококкоз - бу ички органларнинг (жигар, ўпка, юрак, мия ва бошқалар) зарарланиши ва уларда эхинококк кисталари ҳосил бўлиши билан юзага келадиган ҳолат. Эхинококкознинг ўзига хос бўлган белгилари паразитнинг жойлашган жойига боғлиқ ва шунга кўра маҳаллий оғрик, кўнгил айнаши, сариклик, йўтал, фокал неврологик симптомлар, кардиалгия, аритмия ва бошқалар билан ифодаланиши мумкин. Эхинококкознинг диагностикаси инструментал тадқиқотлар (рентген, синтиграфия, ултратовуш, КТ) ва серологик тестлардан иборат. Эхинококкозни даволаш жаррохлик йўли билан амалга оширилади.

Эхинококкоз - бу онкосфера босқичида эхинококкнинг инсон танасида паразитизм натижасида вужудга келган, цестодозлар гуруҳининг гелминт касаллиги ҳисобланади. Дунёда эхинококкоз билан касалланишнинг юқори даражаси Австралия, Янги Зеландия, Шимолий Африка, Жанубий Америка, Жанубий Европа, Марказий Осиёда қайд этилган. Россияда гелминтиаз Волга минтақасида, Уралда, Ставрополда ва Краснодар ўлкаларида, Ғарбий Сибирда ва Узок Шарқда учрайди.

Эндемик минтақаларда популяцияда эхинококкоз билан касалланиш 5-10% га этади. Эхинококкознинг тарқалиши чорвачиликнинг ривожланиши билан чамбарчас боғлиқ. Эхинококкоз билан турли хил ички органлар зарарланиши мумкинлиги ва даволашнинг ягона радикал усули бу жаррохлик эканлигини ҳисобга олсак, касаллик торакоабдоминал жаррохлик, нейрохирургия ва юрак хирургияси соҳаларида ётади.

Этиологияси. Кўзғатувчи – Ечинососсус гранулосус тизмали (цестода) гижжа. Одамларда эхинококкознинг лентали чувалчангсимон босқичи Ечинососсус гранулосус туфайли юзага келади. Жинсий жиҳатдан этук гелминтларнинг сўнгги эгалари ҳайвонлар (итлар, тулкилар, бўрилар, шерлар, ва бошқалар) бўлиб, уларнинг ичакларида цестодалар паразитлик қилади. Одам, уй ва ёввойи ўт ўсимликлари (қорамоллар, чўчқалар, отлар, кийик, бук ва бошқалар) оралиқ эгалар ва улар биологик ўликдир, чунки улар эхинококк тухумларини атроф муҳитга чиқаришда хизмат қила олмайдилар.

Эхинококкларнинг катталари узунлиги 2,5-8 мм ва эни 0,5-10 мм бўлган кичик гелминтлар бўлиб, уларнинг боши тўртта сўргич ва икки каторли илгаклар, бўйин ва бир нечта бўлакларга эга.



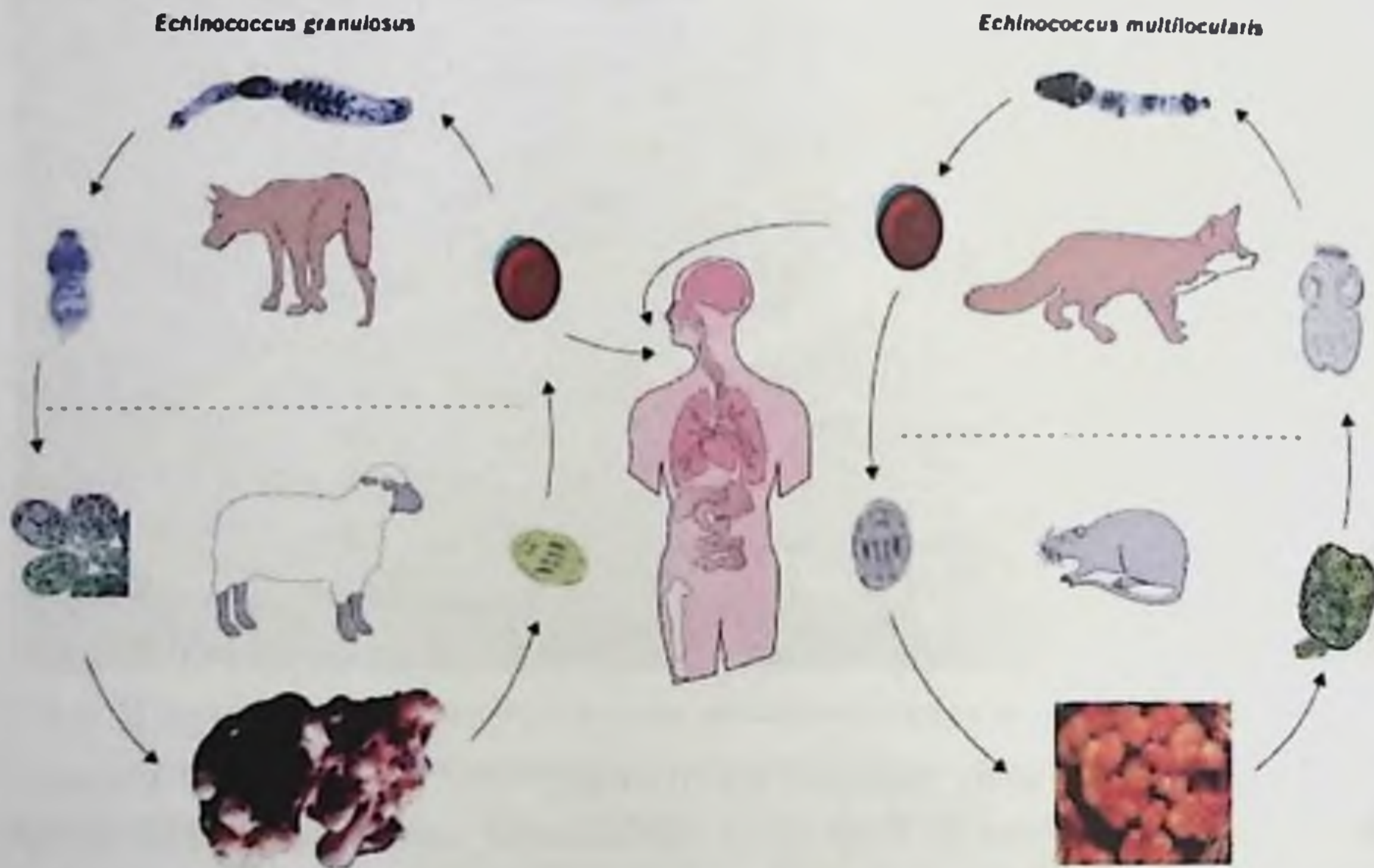
13-расм. Эхинококк вегетатив шакли микроскопик кўрinishи

Личинкалар кенг ҳарорат оралиғида (-30°C дан $+30^{\circ}\text{C}$ гача) омон қолади, тупроқда бир неча ой қолади, аммо тез орада куёш нурлари таъсирида вафот этади.

Охирги хужайиннинг ичакларидан нажасли тухумлар ташқи муҳитга ажралади. Эхинококкоз билан касалланган одам алиментар (нажас, сув билан ифлосланган сабзавот ва меваларни истеъмол қилишда) ёки алоқа қилишда (хайвон гўштини кесишда ёки эхинококк юктирган хайвонлар билан алоқа қилишда) содир бўлади. Чорвачилик ва хайвонларни парвариш қилиш билан шуғулланган шахсларда (чорвадорлар, овчилар, сўйиш жойлари ишчилари ва бошқалар) Эхинококкоз билан касалланиш хавфи юқори.

Патогенез. Одамнинг ошқозон-ичак трактида овқат ҳазм қилиш ферментлари таъсирида тухум қобиғи эрийди ва личинка чиқади. Каналар ёрдамида у ичак шиллик қаватига киритилади, у ердан веноз кон оқимига ва портал тизимига киради. Личинкаларнинг аксарияти жигарда ётади; баъзан пастки ковак вена

орқали личинка ўнг болмачага, у ердан ўпка артерияси орқали ўпкага киради. Юракнинг чап қисмлари орқали личинкалар ҳар қандай органга: мия, талок, буйраклар, мушаклар ва бошқаларга киритишлари мумкин. -80% ҳолларда жигар Эхинококкози ривожланади, 15% да - ўпканинг Эхинококкози, бошқа ҳолларда бошқа органларга таъсир қилади.



14- расм. Эхинококкоз ривожланиши даврлари

Эхинококкнинг эмбриони у ёки бу органга жойлашгандан сўнг, паразитнинг пуфакчали ёки гидатидли ривожланиш босқичи бошланади. Эхинококк пуфаги - бу ички (ембрионал) ва ташқи (хитинли) қатламлардан ташкил топган, икки қаватли мембрана билан копланган киста. Киста аста-секин катталашиб боради (ойига тахминан 1 мм), аммо йиллар ўтиб у улкан катталикларга этиши мумкин. Эхинококк сийдик пуфаги ичида шаффоф ёки оқиш рангдаги оч рангли суюқлик бор, унда киз пуфакчалари ва сколекслари сузади. Эхинококкнинг киз пуфакчалари хитиноз мембранадан ташқарида ҳам пайдо бўлиши мумкин; уларнинг умумий сони 1000 га этиши мумкин. Эхинококкознинг намоён бўлиши паразитар антигенларнинг сезгир таъсирига ва кистанинг органлар ва тўқималарга механик босими билан боғлиқ. Эхинококкнинг паразитланиши метаболик маҳсулотларнинг

чиқарилиши билан бирга келади, бу эса интоксикацияни ривожланишига ва кечиктирилган аллергияга олиб келади. Кистанинг тўлик ёрилиши бўлса, унинг таркиби плевра ёки қорин бўшлиғига оқиб тушади, бу эса анафилактик шокни келтириб чиқариши мумкин. Ҳажми бўйича ўсиб борадиган Эхинококк кистаси атрофдаги тузилмаларни босиб, таъсирланган органнинг функцияларини бузади. Баъзи ҳолларда кистанинг йиринглаши ривожланади; Эхинококкнинг ўз-ўзидан ўлиши ва тикланиши камроқ мумкин.

Клиникаси. Эхинококкоз йиллар ва ўнлаб йиллар давомида асимптоматик бўлиши мумкин; клиник аломатлар кейинчалик пайдо бўлади. Паразитнинг танадаги локализациясидан қатъи назар, эхинококкоз ривожланишининг уч босқичидан ўтади:

1. **Асимптоматик.** Яширин давр курси онкосфера тўқималарига тушган пайтдан бошлаб бошланади ва Эхинококкознинг биринчи клиник белгилари пайдо бўлгунча давом этади.

2. **Клиник кўринишлар босқичи.** Мазкур босқичда беморлар кистани локализация қилиш жойидаги оғриқ, заифлик, сариклик, терининг кичиши, шунингдек, маълум бир органда Эхинококкнинг кист шаклини паразитлаш натижасида келиб чиқадиган ўзига хос аломатлардан хавотирда.

3. **Асоратларнинг босқичи.** Мураккаб эхинококкоз босқичида перитонит, плеврит ривожланиши билан кист ёрилиши ва таркибининг қорин ёки плевра бўшлиғига тушиши мумкин. Эхинококк кистаси кўтарилиши билан юқори иситма ва кучли интоксикация кўшилади. Кист ёрдамида органлар ва тўқималарнинг сиқилиши обструктив сариклик, асцит, дислокация, патологик синиш ривожланишига олиб келиши мумкин.

Жигар эхинококкози. Жигар эхинококкози кўнгил айниш, иштаҳанинг пасайиши, қайталанувчи диарея, оғирлик ва ўнг қовурға остидаги оғриқларга шикоятлар билан тавсифланади. Гепатоспленомегалии объектив равишда аниқланади; баъзан жигарнинг эхинококк кистаси юмалоқ зич шаклланиш шаклида палпация қилинади. Киста орқали ўт йўллари сиқиб чиқарганда обструктив сариклик ривожланади; портал томир сиқилганида, асцит ва портал гипертензия пайдо бўлади. Иккиламчи бактериал флоранинг бирикиши жигар хўппози ҳосил бўлишига олиб келиши

мумкин. Жигар Эхинококкозининг энг огир асорати бу ўткир қорин, перитонит ва огир аллергик реакциялар клиникасини ривожланиши билан кист тешилиши. Бундай ҳолда, эхинококкларнинг тарқалиши содир бўлади, бунинг натижасида иккиламчи Эхинококкоз кўп сонли локализация билан ривожланади.

Ўпка эхинококкози. Ўпка эхинококкози тана ҳароратининг кўтарилиши, интоксикация синдроми, кўкрак қафасидаги оғрик, йўтал, гемоптизи билан содир бўлади. Кистанинг ўпка тўқималарига босими ўпканинг ателектаз шаклланишига олиб келади. Қувиқ бронхга тушганда қаттиқ йўтал, сияноз ва кўпинча аспирацион пневмония ривожланади. Ўпка эхинококкозининг ўта хавфли complicationси бу плевра ва перикардга ўтиш бўлиб, у анафилактик шокка, медиастиннинг кескин силжишига, юрак тампонадасига ва тўсатдан ўлимга олиб келиши мумкин. Эчинососсал кист инфекцияси ўпка хўппози шаклланиши билан бирга келади.

Юрак эхинококкози. Эхинококкоз билан юракни ангина пекторисига ўхшаш кўкрак қафасидаги оғриклар безовта қилади. Юрак томирларини кистлар ёрдамида сиқиб чиқариши миокард инфарктининг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Ритм ва ўтказувчанликнинг бузилиши кўпинча содир бўлади: қоринча тахикардияси, Унинг тўплами тўпламининг тўлиқ ва тўлиқ блоккланиши, юракнинг тўлиқ кўндаланг блоки. Юрак Эхинококкози билан касалланган беморнинг ўлимига малигн аритмиялар, юрак этишмовчилиги, юрак тампонадаси, кардиоген шок, ўпка эмболия, постемболик ўпка гипертензияси ва бошқалар сабаб бўлиши мумкин.

Мия эхинококкози. Мия эхинококкози белгиларига гипертоник синдром ва фокал неврологик симптомлар (сезувчанликнинг бузилиши, экстремиталарнинг парезияси, эпилептиформ тутилишлар) хосдир.

Диагностика

Эхинококкозни тўғри ташхислашда одамлар ва ҳайвонлар ўртасидаги яқин алоқани ва инфекциянинг эндемик хусусиятини кўрсатадиган батафсил эпидемиологик тарих ёрдам беради. Агар бирон бир локализациянинг Эхинококкозига шубҳа туғилса, эхинококка ўзига хос антикорларни аниқлаш учун серологик кон тестлари (ИФА, РНИФ, РНГА) буторилади. Синовларнинг ўзига хослиги ва сезгирлиги 80-98% га этади. Тахминан 2/3 ҳолатларда

териға аллергик тест - Казони реакцияси информациян бўлиб чиқади.

Эхинококкознинг инструментал диагностикаси каторига ултратовуш, рентген, томография, радиоизотоп усуллари киради. Тадқиқотлар рўйхати шикастланиш жойига боғлиқ:

Жигар эхинококкозида гепатобилиер тизимнинг ултратовуш текшируви, ангиография, жигар МРИ, синтиграфия, диагностик лапароскопия ва бошқалар.

Кўкрак кафаси рентгенографияси ва томография, бронхоскопия ва диагностик торакоскопия қилиш орқали ўпканинг эхинококкозини аниқлаш мумкин. Мианинг эхинококкозини аниқлашнинг этакчи усуллари КТ ёки МРИ ҳисобланади. Агар юрак шикастланишига шубҳа туғилса, эхокардиография, коронар ангиография, вентрикулография, юрак МРИлари ўтказилади.

Эхинококк кистаси ичи бўш органлар ёриб чиққанда, текширилган ўн икки бармоқли ичак таркибидаги балғамда паразитнинг сколексларини топиш мумкин. Шунингдек, ушбу ҳолатларда улар бронхография, холецистография, пунктур холангиографияга мурожаат қилишади. Эхинококк кистни алвеококкоз, бактериал хўпозлар, паразитар бўлмаган этиологиянинг кисталари, жигар, ўпка, мия ўсмалари ва бошқалардан фарқлаш керак.



15-расм. Эхинококк кистасини кўришиши

Эхинококкозни даволаш

Эхинококкозни тубдан даволаш фақат жарроҳлик йўли билан мумкин. Хитиноз мембрананинг яхлитлигини бузмасдан кистанинг эксфолиацияси - эхинококектомияни амалга оширишнинг энг яхши усули. Катта сийдик пуфаги мавжуд бўлганда, аввал унинг таркибидаги аспирация билан операциядаги понксиён амалга оширилади. Қолдиқ бўшлиги антисептик эритмалар билан эҳтиёткорлик билан ишланади, тампонланади, куритилади ёки маҳкам тикилади. Амалиёт пайтида сийдик пуфаги таркибида эхинококк тарқалишини олдини олиш учун атрофдаги тўқималарга тушишини олдини олиш муҳимдир.

Кистни ўпка эхинококкози билан олиб ташлаш мумкин бўлмаган ҳолларда, ханжар шаклида резекция, лобектомия, пневмонектомия қилинади. Худди шундай тактика жигар эхинококкозида ҳам қўлланилади. Агар жигарнинг эхинококк кистасини олиб ташлаш техник жиҳатдан имконсиз бўлиб туёлса, чекка, сегментал, лобар резекция қилиш, гемхепатектомия қилинади. Операциядан олдинги ва кейинги даврда празиквантел, албендазол, мебендазол билан антипаразитар терапия буюрилади.

Этиотроп даво

- Жарроҳлик (даволанишнинг асосий усули ҳисобланади).
- Химиотерапия – жарроҳлик амалиёти беморга хавф билан боғлиқ бўлган тақдирда ҳамда аъзоларни кисталар билан қопланган ҳолларда ўтказилади. Бундан ташқари, оперциядан жараён кейин қайталмаслигини олдини олиш мақсадида албатта ўтказилади.

- Албендазол – катталарга 400 мг дан кунига 2 маҳал. 60 кг кам бўлган вазнда кунлик миқдори – 15 мг/кг икки маҳалга бўлиб берилади. 28 кундан иборат 3-4 давра даволаш ўтказилади (ўртада 14 кунлик танаффуслари билан). Даволаш курснинг самарадорлиги – 50% дан 98% гача.

- Мебендазол (захира воситаси) – биринчи куни 500 мгдан 2 маҳал, кейинги 3 кунликда 500 мгдан 3 маҳал. Сўнгра кунига 3-4 маҳал 25-30 мг/кг дан кунига 3 ой давомида орада 30 кунлик танаффуслари билан.

Десенсибилизация терапия.

- Симптоматик терапия.
- Гепатопротекторлар, фаол калций препаратлари.

- Фитотерапия (наъматак меваси, Ходжиматов ўт хайдовчи йиғмаси, маккажўхори сўтаси ва попути, дагал далачой ўти, мойчечак гуллари)

Профилактика

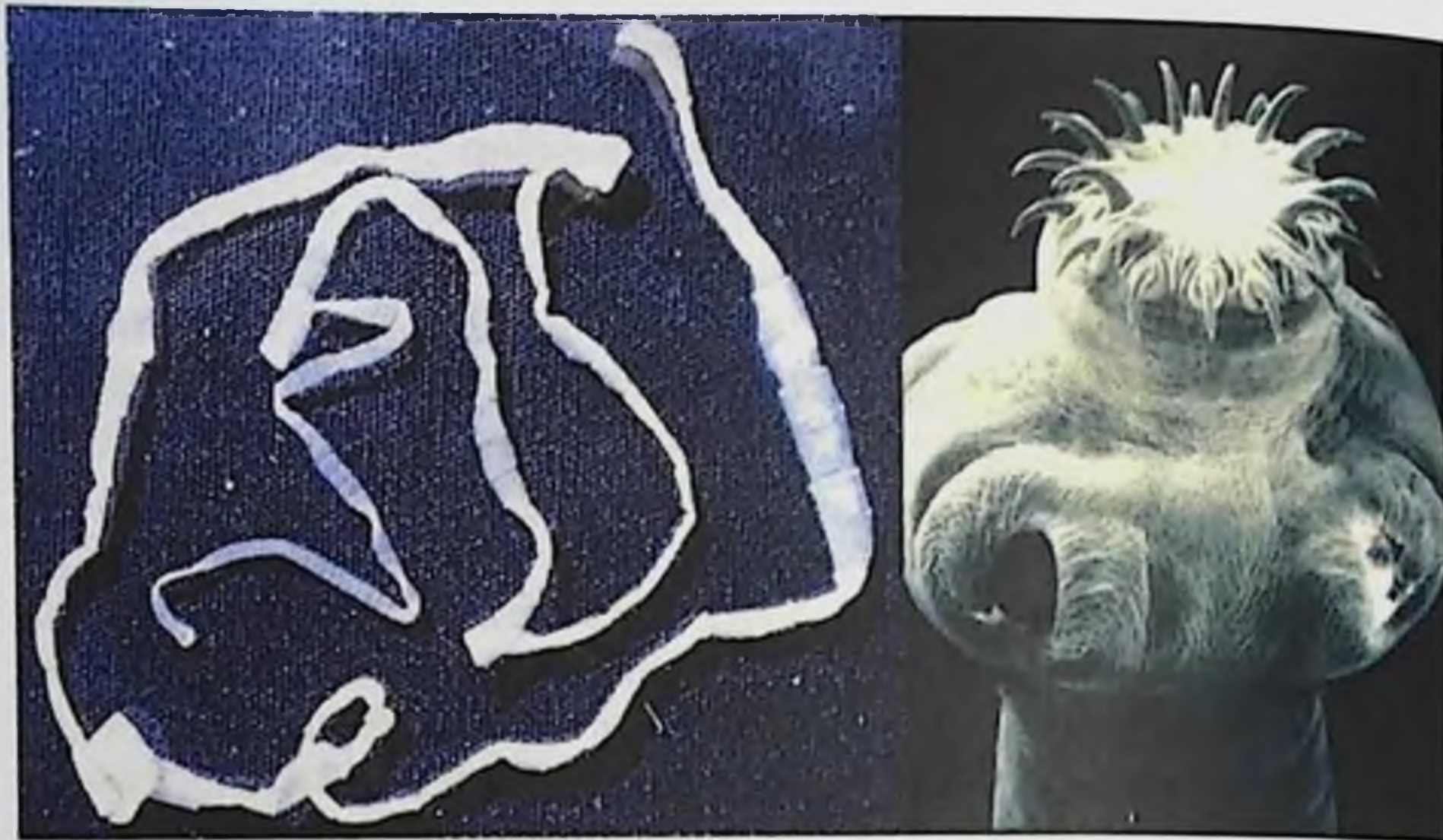
Эхинококк кисталарини тубдан олиб ташлаш ва қайта инфекцияланиш ҳолатларида прогноз қулай, эхинококкознинг қайталаниши содир бўлмайди. Сколексларни интраоператив равишда таркатиш ҳолатида 1-2 йил ичида кўплаб эхинококк пуфакчалари пайдо бўлиши ва ноқулай прогноз билан касаллик қайталаниши мумкин. Одамлар хужумини олдини олиш чоралари ветеринария назорати ва ҳайвонларнинг соғлиғи (итларни даврий дегелминтизация қилиш, қўйларни эмлаш, чорва молларини саклаш учун гигиеник шароитларни яхшилаш ва бошқалар). Овчилар, чорвадорлар, ит боқувчиларни Эхинококкоз билан юктириш хавфи, шахсий гигиена тадбирларига риоя қилиш зарурлиги тўғрисида маълумот бериш керак. Эхинококкозни бошдан кечирган беморлар 8-10 йил давомида йиллик серологик текширувлар, ултратовуш ва рентген текширувлари билан диспансер кузатувида бўлишади.

ЦИСТИЦЕРКОЗ

Цистицеркоз (лат. Систитсеркоз) - бу паразитнинг локализациясига қараб терига, тери ости тўқималарига, мушакларга, мия ва орқа мия, кўзларга, ички органларга, суякларга зарар этказиш билан тавсифланган гелминтоз. ЖССТ маълумотларига кўра, патология бепарво қилинган касалликдир.

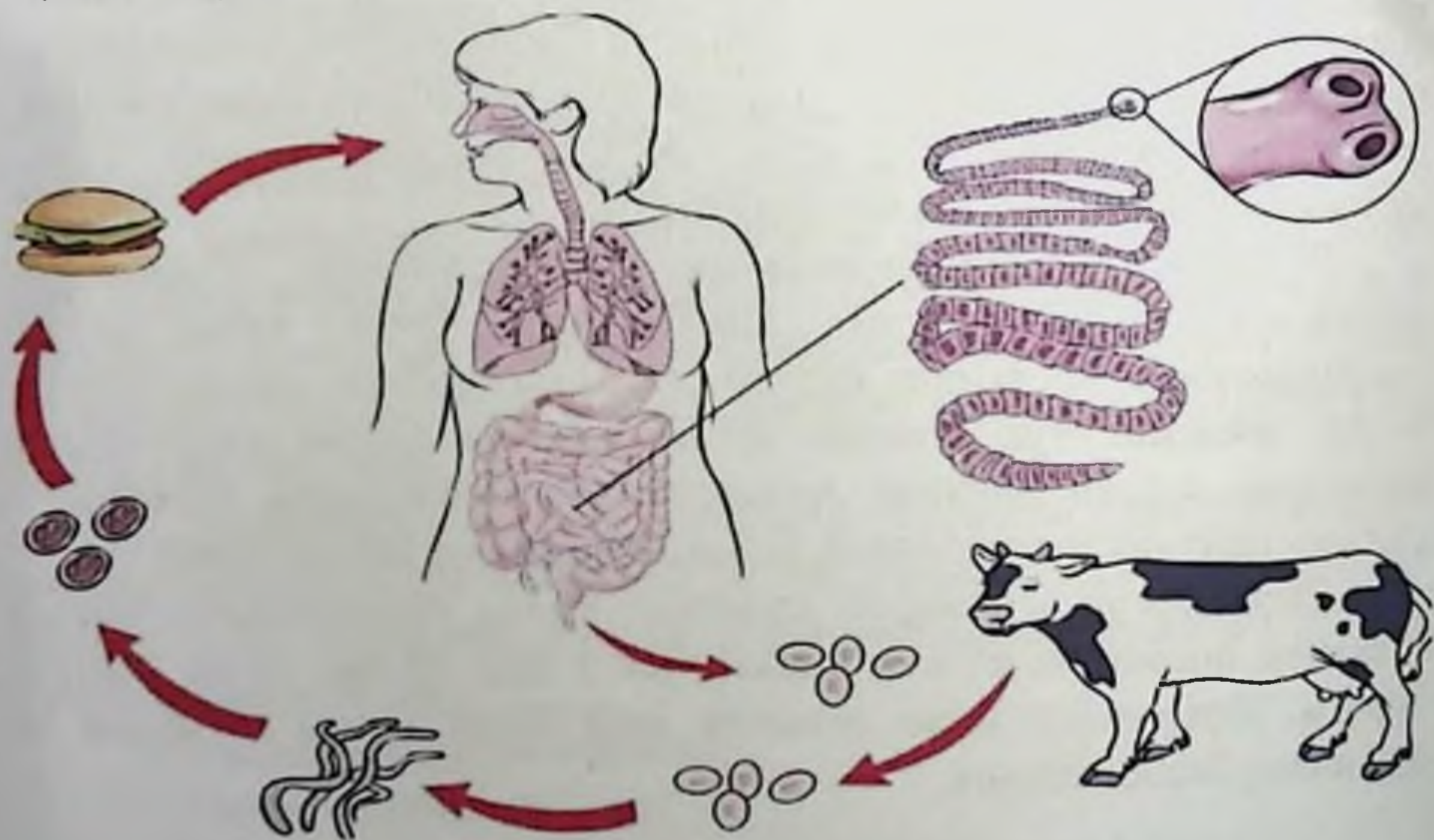
Этиология ва эпидемиологияси. Кўзғатувчиси - чўчка лента личинкаси (Тениа солиум). Цистицеркоз чўчка лента курти тухумларини ифлосланган қўллар билан ошқозонга, ифлос қўллар билан, жинсий этук шаклда чўчка лентаси билан касалланган одамларда қусиш пайтида ичакдан этук бўлакларни ошқозонга ташлаш пайтида ривожланади (яъни, тениазнинг асоратлари).

Систисеркус - шаффоф суюқлик билан тўлдирилган, ҳажми нўхатдан ёнғокгача бўлган (диаметри 3 дан 15 мм гача) сийдик пуфаги. Пуфакнинг ички юзасида фин боши бор - илгаклар ва сўргичлар билан сколех.



16-расм. Цистоцервознинг вегетатив шакли

Цистицеркозни ривожланиши учун гелминт тухумлари ошқозон ва ичакка тушиши керак, бу эрда меъда шираси таъсирида тухумнинг зич қобиғи эрийди ва бўшатилган эмбрионлар қон томирлари орқали қон томирлари орқали ўтади. инсоннинг тўқималари ва органлари.



17- расм. Цистицеркознинг ривожланиши механизми

Инвазиянинг кўзгатувчиси манбаи - касал одам, у этук тухум ва найчали лента сегментларини ажратади. Касаллик ифлосланган қўллар, озиқ-овқат, сув орқали содир бўлади; атрофдаги тасма қурти тухумлари билан юктиришдан ташқари, тенназ билан касалланган одам антистеристалтик билан цистицеркоз, кусиш, сўнгра онкосфераларни ютиш (аутоинвазия) билан касалланиши мумкин.

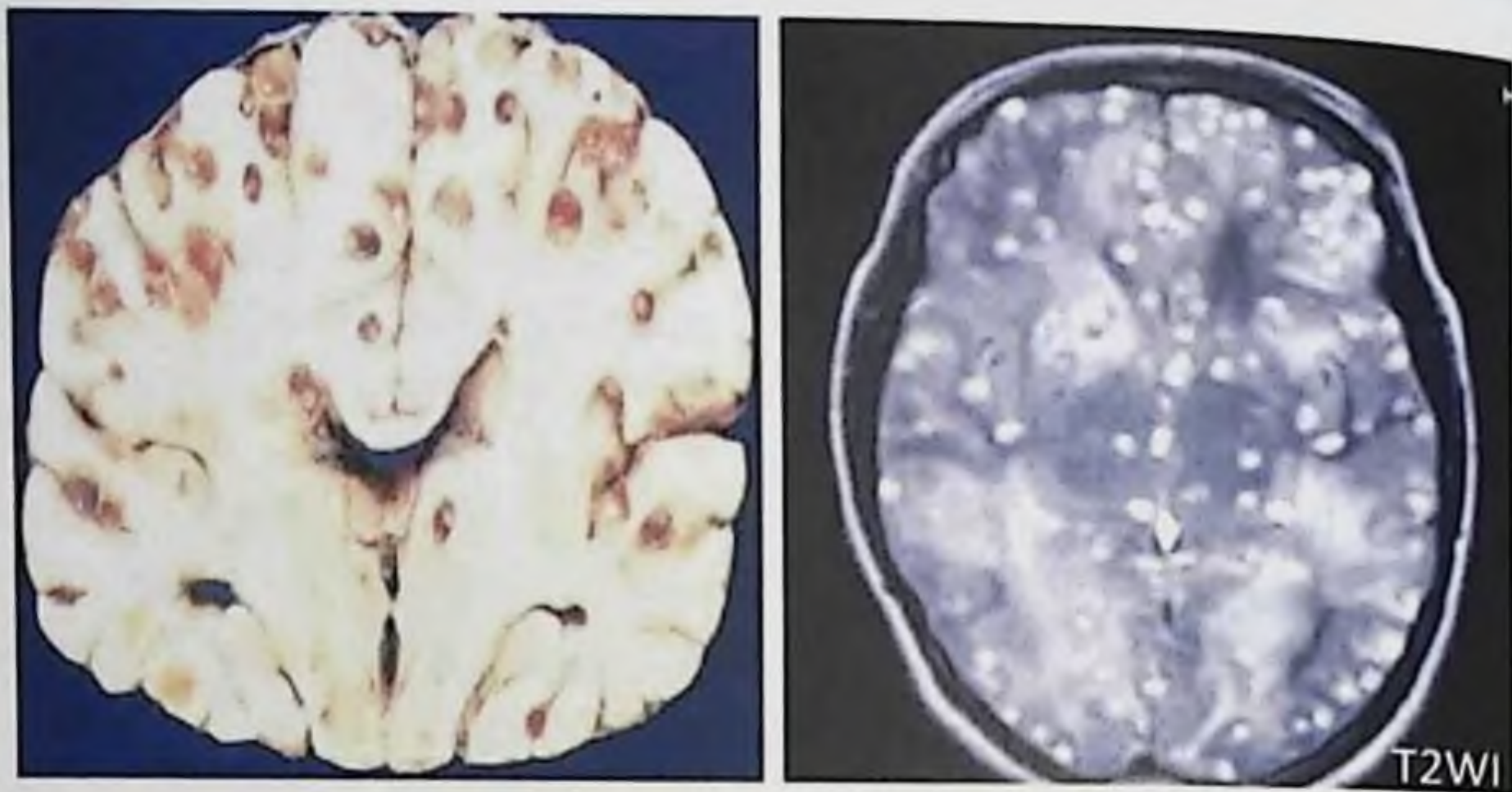
Патогенез

Онкосферани ингичка ичакда ютганда, личинка қобикдан бўшатилди, личинканинг боши ташқарига бурилади ва личинка ичак деворига фаол кириб боради, кон томирларига киради ва бутун танада кон оқими билан ўтказилади. Келажакда миграция пайтида ферментлар ва личинкалар метаболитларининг токсик ва сезгир таъсирдан ташқари, патогенезда муҳим омил ўсаётган паразитнинг механик босими ҳисобланади. Паразитнинг токсик-аллергик таъсири, масалан, паразитнинг ўлиши ва лизиси пайтида, анафилактик шокка олиб келиши мумкин.

Мия цистицеркози

Кўпинча (60% дан кўпроги) цистицерк мияга, камрок скелет мушаклари ва кўзларга киради. Паразитнинг мияда яшаш муддати 5 ёшдан 30 ёшгача. Кўпгина ҳолларда мияда юзлаб ва минглаб паразитлар мавжуд, аммо изоляция қилинган цистицерк ҳам мавжуд. Улар миянинг пастки қисмида жойлашган пиа матерда, кортексинг юзаки қисмларида, коринчалар бўшлиғида жойлашган бўлиб, улар эркин сузишлари мумкин. Паразит вафот этганида, у калцийланади, аммо мияда қолади, у сурункали яллиғланиш жараёнини давом эттиради.

Цистицеркоз асаб тизимида токсик таъсир кўрсатади ва атрофдаги мия тўқималари ва мембраналарининг реактив яллиғланишини келтириб чиқаради. Цистицеркоз мия шиши, херондал плексуслар орқали мия омурилик суюқлиги секрециясининг кучайиши, мия омурилик суюқлиги айланишининг механик обструкцияси ва реактив лептоменингит туфайли гидросефали билан кечади.



18-расм. Бош мия цистицеркози

Пуфакчаларнинг кичкина катталиги ва сисетисеркоз клиник кўринишида уларнинг зичлиги пастлиги сабабли, асосан, тирнаш хусусияти белгилари мавжуд. Нейрон функциясини йўқотиш белгилари узок вақт давомида йўқ ёки жуда заиф ифода этилган. Беморларда саёз парез, майда сезгирлик, нутқнинг энгил бузилиши бўлиши мумкин. Тирнаш хусусияти белгилари маҳаллий Жексон ва умумий конвулсив эпилептик тутилишларнинг хужумлари билан намоён бўлади. Тутқанок ва эпилептикус ҳолати ўртасида узок муддатли ёруғлик бўшликлари тез-тез учрайди. Жексон тутқанокларининг полиморфизми билан тавсифланади, бу мия ярим кортексидаги кўп сонли фокусларни кўрсатади.

Цистицеркоз учун турли хил психик ўзгаришлар характерли бўлиб, улар невротик кўринишлар билан, баъзида кўзғалиш, депрессия, галлюцинацион-делуционал ҳодисалар, Корсаков синдроми билан ифодаланади. ССФ гипертензия ва мия шиши пароксисмал кучли бош оғриғи, қусиш, бош айланиши, конжестиф оптик дисклар билан намоён бўлади.

Қоринча ичидаги цистицеркусни локализация қилиш билан пароксисмал ўткир бош оғриғи, қусиш, бошнинг мажбурий ҳолати, нафас олиш қийинлишуви ва юрак фаолияти, баъзида онг бузилишидан иборат Брунс синдроми пайдо бўлади. Синдром ИВ қоринча тубининг цистицерк тирнаш хусусияти асосида юзага келади. Бошқа ҳолларда, Брунс синдроми цистицерк ИВ

қоринчанинг тешикларини ёпиб қўйганда, ўмуртқа суюқликнинг ўткир гипертензияси натижасида ривожланади.

Яна қоринчаларнинг цистицеркози Монро тешиги блокланганда онгнинг вақти-вақти билан бузилиши билан фронтал ёки каллозли локализация ўсмаси бўлиб боради.

Мия пойдеворининг цистицеркози (одатда узум дастаси шаклидаги расемоз) базал менингитнинг расмини беради, бош оғриғи, қусиш, брадикардия, оптик асаб ва парал зарарланганда давом этади.

Терининг цистицеркози

Личинкалар тери ости ёғ ʻқатламида жойлашган бўлса, тери юзасидан юқорига кўтарилган ўсимтага ўхшаш шаклланишлар пайдо бўлади, уларни пайпаслаганда ўсмаларнинг бўшлик табиатини аниқлаш мумкин. Энг кенг тарқалган локализация: элқаларнинг ички юзалари, кўкракнинг юқори ярми, палмалар. Касаллик қонда кучли эозинофилия (40% гача), ўртикер билан бирга келади. Гистология: шаффоф оқартувчи суюқлик билан тўлдирилган, калин толали деворли бўшлик шакллари топилган, унинг ичида личинка жойлашган.

Терининг ва мушакларнинг цистицеркози асимптоматикдир. Жарроҳлик даволаш.

Орқа мия цистицеркози

Орқа миянинг цистицеркози кўпинча паразитларни бош суяги бўшлиғидан орқа миянинг субаракноид бўшлиқларига орқа мия суюқлиги бўшлиқлари орқали киритилиши натижасида ривожланади. Цистицерк орқа мия моддасида, унинг илдизларида ёки мембраналарида учрайди. Яллиғланиш жараёни ўмуртқа мембрананинг мембраналарида ва илдизларида ёпишқоқлик ривожланишини ёки ёпишқоқликдаги кист бўшлиқлари ҳосил бўлиши билан кенг тарқалган маҳсулдор цикратнал жараёни келтириб чиқаради. Паразитик цистицерк зонасида ўмуртқа моддада микроабсцесслар, катта томирларнинг облитерацияси бўлган эндоваскулит ва ишемик юмшатиш ўчоқлари бўлиши мумкин. Касалликнинг дастлабки кўринишлари менингеал-радикуляр тирнаш хусусияти аломатлари - оёқ-қўлларидаги оғрик, бел, қорин бўшлиғидаги белбоғли оғрик, кўкрак даражасида. Умуртқа поғонаси мембраналарида ва илдизларида туташган ёпишқоқ жараёнининг кўпайиши субаракноид мия омурилик суюқлиги бўшлиқлари

блокига ва умуртқа погонасининг маҳаллий сиқилишига олиб келади. Спастик парапарез, фалаж, сезувчанликнинг ўтказувчанлиги, тос аъзолари фаолиятининг бузилиши ривожланади. Жараённинг интрамедулляр локализацияси билан бузилишлар сегментар характерга эга. Паразитар кисталар ҳажмининг ошиши орқа миянинг кўндаланг шикастланишига олиб келиши мумкин: тос аъзоларининг функциялари бузилиши, сезгирлик ва ҳаракатнинг бузилиши, мос равишда паразитнинг локализацияси. Алоҳида мушак гуруҳларининг фибрилацияси олдинги шох хужайраларининг тирнаш хусусияти билан изоҳланади.

Диагностика: серологик реакциядан фойдаланиш - мия омурилик суюклиги ва зардобида комплементни бириктириш реакцияси. Гелминтологик текширув, миелография ўтказилади, магнит-резонанс томография маълумот беради. Муайян даволаш усули ишлаб чиқилмаган. Операциядан кейинги даврда резорбсия десенситизациялаш терапияси неврологик жараён динамикасини мунтазам кузатиб бориш билан амалга оширилади.

Кўзнинг цистицеркози

Кўзлар цистицеркози билан паразитлар шишасимон танада (у ичига хороиднинг ўзи киради), кўз олмаси, ретина, конъюнктива олд камерасида жойлашади ва вақтинча кўриш бузилишларини келтириб чиқаради. Паразит кўзнинг тўқималарига токсик таъсир кўрсатади, бу уларнинг яллиғланиш ва дегенератив ўзгаришлари билан бирга келади. Реактив ўвеит, ретинит, конъюнктивит ривожланиб, кўпинча кўрликка олиб келади. Цистицеркоз кўз олмаси атрофиясига олиб келади. Кўз систисеркозида ретинанинг ажралиши ва линзаларнинг шикастланиши кўриш кескинлигининг ва кўрликнинг аста-секин пасайишига олиб келади.

Юракнинг цистицеркози

Юракдаги паразитларнинг локализацияси билан атрио-меъда тўплами ҳудудида юрак ритми бузилади.

Ўпка цистицеркози

Кўпгина ҳолларда ўпканинг цистицеркози аниқ клиник симптомларсиз давом этади ва рентген текшируви пайтида тасодифан аниқланади. X-рай думалок сояларни акс эттиради, асосан қалампир нўхатидан кичик гилосгача аниқ чегаралар мавжуд.

Ушбу соялар, қоида тариқасида, иккала ўпка соҳаларида тарқалган; уларнинг сони бир неча бирликдан ўнлабгача ўзгариши мумкин. Паразитлар ўчоқлари қисман ёки тўлиқ калсификация қилиниши мумкин.

Диагностика

Диагностика терида ва магистрал ва экстремиталарнинг юмшоқ тўқималарида думалок шаклланишларни аниқлаш асосида аниқланади. Рентгенограммада тез-тез калсификацияланган, аниқ контурли мембранали овал ёки фусиформ шаклланишлар аниқланади. Касалликнинг тап олинишига эпидемиологик анамнез маълумотлари, беморда тениаз борлиги ёрдам беради. Диагностика серологик реакцияларнинг ижобий натижалари (комплемент билан боғланиш, билвосита гемагглютинация, фермент иммуноассай) билан цистицерк антигенлари, улар билан бирга мия омурилиқ суюқлиги билан ижобий реакция, юкори фоизли лимфоцитлар ва мўтадил эозинофилия билан мия омурилиқ суюқлигидаги ситозни аниқлаш билан тасдиқланади.

Патоморфологик ўзгаришларни (КТ, МРТ, УТТ орқали) топилиши якуний ташхис ҳисобланмай, фақатгина цистицеркозга гумон омил деб ҳисобланади.

- Рентгеноскопик текширишда цистицеркларни оҳакланиши паразит билан зарар-ланишининг узок даврлигини кўрсатади.

- Цереброспинал суюқликни текширилиши фақат бош мия тўқималарда яллиғланиш жараёнини мавжудлигини кўрсатиши мумкин, бу эса цистицеркоз ташхисини тасдиқловчи омил деб ҳисобланмайди.

- Кўз биомикроскопияси, офтальмоскопияси, УТТси ҳамда кўздаги цистицеркоз тугунларни биопсиясида цистицеркларни топилиши цистицеркоз ташхисини тасдиқловчи омил деб ҳисобланади.

- Серологик усуллар: ЭБАР, БГАР, КБР: цистицерк антигенларга қарши антимодаларни аниқланиши касаллик мавжудлигини тасдиқлайди.

- Паразитологик усуллар: нажас макроскопия ва микроскопиялари, натив суртма усули, Като усули. Онкосфера ёки стук паразитнинг буғимчани топилиши – шубҳасиз цистицеркоз ташхисини тасдиқлайди.

Даволаш

Юмшоқ тўқималар цистицерк билан зарарланганда, агар улар механик тирнаш хусусияти келтириб чиқармаса ва марказий асаб тизимига зарар этказилса ва кўзлар чиқариб ташланса, даволаш амалга оширилмайди, бемор кузатув остида қолади. Бунинг сабаби шундаки, ўзига хос дорилар - албендазол ва празиквантел - паразитларнинг ўлимига олиб келади, уларнинг парчаланиш маҳсулотлари кучли аллергик ён реакцияларни келтириб чиқариши мумкин.

Кўз цистицеркози ва миянинг битта цистицеркусини даволаш жарроҳлик. Бундан ташқари - дексаметазонни кунига 4-16 мг дан истеъмол қилиш пайтида 8-30 кун давомида кунига 400-800 мг дан албендазол билан этиотроп терапия [1]. Празиквантел билан кунига 50 мг / кг дан 15 кун давомида алтернатив этиотропик терапия, шунингдек, мия цистицеркозининг яроқсиз ҳолатларида ҳам амалга оширилади.

Окибати

Кўзлар ва марказий асаб тизимининг шикастланиши билан юмшоқ тўқималарнинг цистицеркози прогнози қулай, айниқса, кеч ташхис қўйилганда ва жарроҳлик даволаш имконияти мавжуд эмас.

Қорамолларнинг цистицеркози

Кўзғатувчиси - Сйстисерсус бовис. Тсистеркоз билан касалланган ҳайвонларда асосан мушак тўқималари, кўпинча тил, чайнаш, бўйин ва қовурғалараро мушаклар, юрак ва кучли шикастланиш билан бутун мускуллар зарарланади.

Чўчқаларнинг цистицеркози

Кўзғатувчиси - Сйстисерсус селлулосае. Ушбу касалликда асосан мушаклар таъсир қилади, камроқ паренхиматоз органлар ва мия. Ушбу патоген учун одам аниқ ва оралик хост ҳисобланади. Чўчқаларнинг юқиши, улар қуролланган лента қуртлари сегментлари ва тухумларини ўз ичига олган одамларнинг нажасини истеъмол қилганда содир бўлади.

ТОКСОПЛАЗМОЗ

Токсоплазмоз — паразитар касаллик бўлиб, асаб системасининг жароҳатланиши, жигар, талок ва лимфатик тугунларнинг катталашуви, кўпинча скелет мушаклари, миокард ва

кўзларнинг жароҳатланиши билан намоён бўлади.

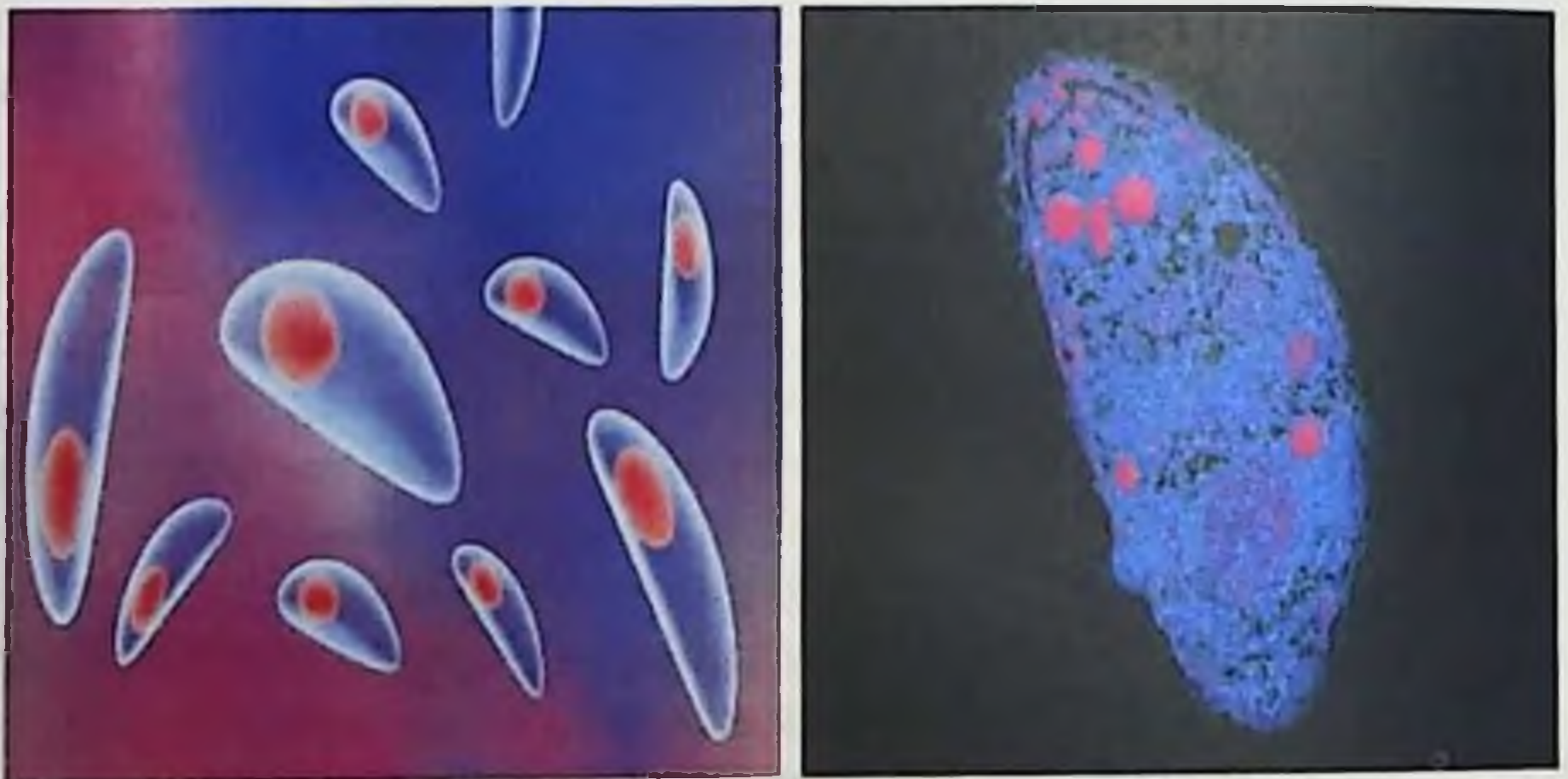
Тарихий маълумотлар. Касалликни кўзгатувчиси — токсоплазмаларни биринчи бор 1908-йилда италиялик олим Срлендоре (куёнларда) ва унинг билан бир вақтда франсуз олими Нисолле ва Мансеаух (Стенодастйлус гандии деб номланувчи Африка кемирувчиларида) аниқладилар. Срлендоре токсоплазмаларни куёнлар, сув чўчқаси ҳамда итларга юктириш устида тажрибалар олиб борди ва паразит ҳақида бирламчи маълумотларни берди. Кейинчалик куёнлар ва бошқа кемирувчи ҳайвонларнинг ички аъзоларидан топилган бу бир хужайралар, ҳаракациз паразитларнинг тузилиши ва ҳаёт тарзини ўрганишлари асосида мустақил Токсоплазмоз (ёй, арка) жинсига ажратдилар ва уларни — Токсоплазмоз гандии деб атадилар. Токсоплазма грекча «токсон» — захар ва «плазма» протоплазма маъносини англатади. Тошкентда токсоплазмоз ҳақида батафсил маълумотларни 1912-йилда В.Л.Якимов ва Н.Кол-Якимовалар чоп этишган. Улар токсоплазмаларни итларда аниқлашган. 1930-йилда Д.Н.Засухин ва Н.А.Гайскийлар токсоплазмаларни Ғарбий Қозоғистон юмронқозикларида, Г.Я.Змеев эса 1935-йилда Туркманистон қаламушларида аниқладилар. 1914-йилда одамларда токсоплазмозни биринчи бўлиб А.Кастелани Сейлон оролида шу хасталикдан ўлган солдатда кузатди ва касаллик кўзгатувчисини Тохорласма рйрогенес деб атади.

1916-йилда Россияда А.И.Федорович бемор бола қонида безгак плазмодияларини қидира туриб токсоплазмаларни аниқлади, худди шундай паразитларни у итларда ҳам топди. Чехиялик олим Жанку (1923) гидроцефалия, чап тарафлама микрофтальм ва сариқ доғнинг икки ёқлама қолобомаси сингари ҳолатлар билан ҳалок бўлган 11 ойлик болани кузатиш асосида туғма токсоплазмоз касаллиги ҳақида батафсил маълумот берган.

Кейинчалик (1937—1955-й.) америкалик вирусолог Сабин ўз ходимлари билан бирга одамларда ва ҳайвонларда токсоплазмоз касаллигини ҳар тарафлама чуқур ўрганди. Улар токсоплазмаларни кўпчилик ҳайвонлар ва паррандаларга хавфлилигини аниқлаш билан бирга паразитни зарарланган хужайраларда кўпайиш тарзини ҳам ўргандилар.

Этиологияси. Касалликнинг кўзгатувчиси — Тохорласма гандии, Тохорласма авлодига, Сосидиа гуруҳига, Спорозоа синфига,

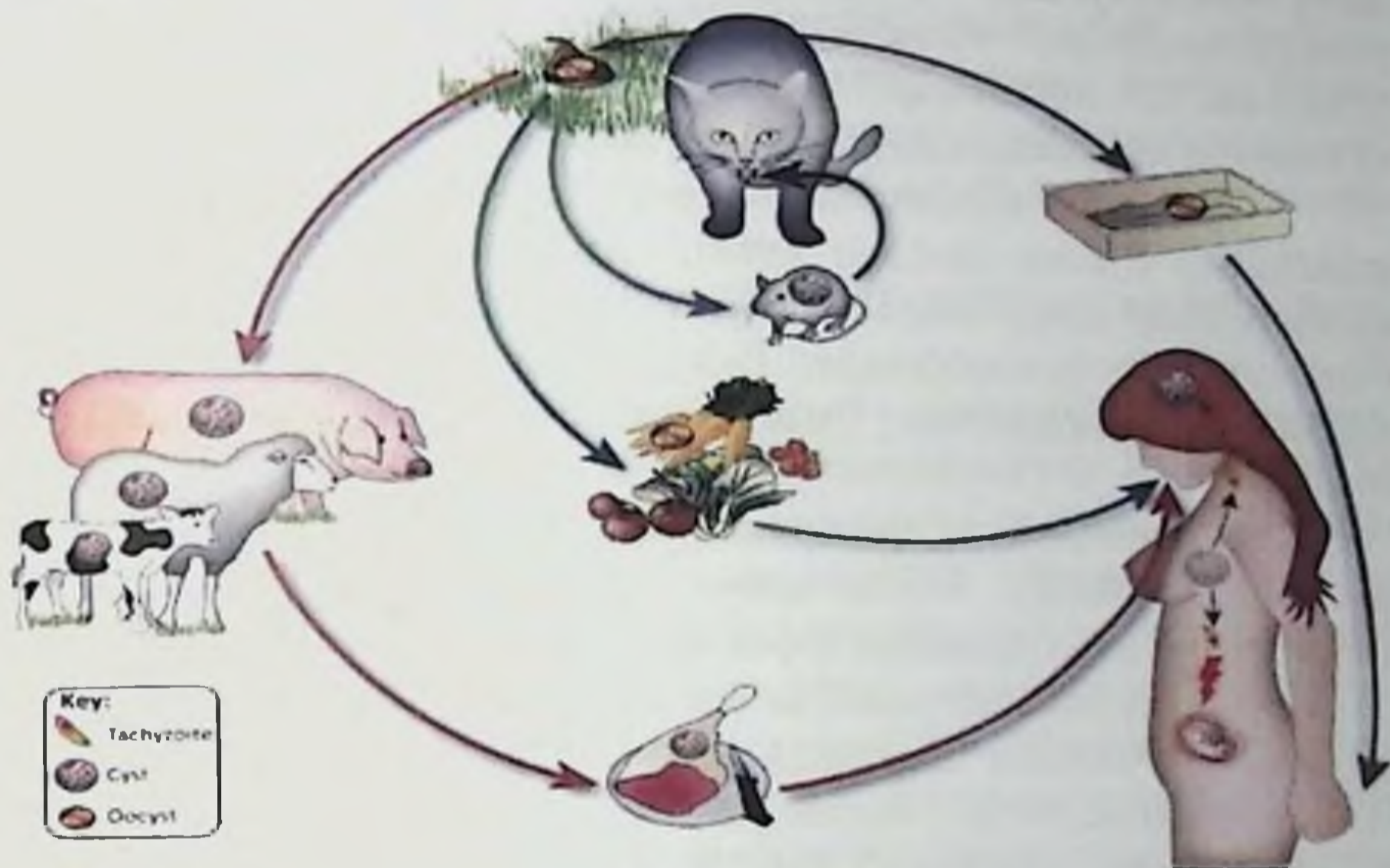
Протозоа ти пига мансубдир. Тохорласма сўзи “ёй” ёки “арка” мансини билдирсада, танасининг шакли унинг ривожланиш боскичига ва ривожланиш ўрнига боғлиқ бўлади. Трофозонт (ендозонт) боскичида танасининг тузилиши яримой шаклида ёки апелсин кесмасини эслатади. Олди томони ингичкароқ, орқа томони эса йўғонлашган бўлади. Танаси икки қаватли коплама (пелликула) билан копланган, узунлиги 4—7 мкм, эни — 2—4 мкм ҳажмда бўлади. Хужайра плазмаси бир тусли (гомоген) бўлиб, орасида майда гранулалар мавжуд. Ядросининг диаметри 1,5—2 мкм. Рамановский—Гимза усули билан бўялганда ядроси қизил рангга, хужайра плазмаси эса кулранг—зангори рангга бўялади. Токсоплазмалар сирғаниш тарзида ҳаракатланади. Токсоплазмалар хужайра ичида истикомат қилувчи паразитлар бўлиб, икки хил (жинсий ҳамда оддий бўлиниш) йўл билан кўпаяди.



19-расм. Токсоплазмаларни микроскопик кўриниши

Жинсий кўпайиши — гаметогония, асосан мушук ва мушуксимон ёввойи ҳайвонларнинг ичак эпителиал хужайраларида содир бўлади. Оғиз орқали ташган паразитлар овқат—ҳазм йўлида эпителиал хужайраларга жойлашиб олади ва кўплаб бўлиниш (шизогония) йўли билан кўпайиб мэрозонтлар ҳосил қилади. Кейинчалик бу мэрозонтларнинг бир қисми эркак (микрогамэта), бошқа қисми урғочи (макрогамэта) хужайраларга айланади. Гаметоцитлар паразит юққанидан 3—15 кун кейин бутун ингичка ичак бўйлаб, кўпроқ қуйи қисмида аниқланади. Бу икки хил

гаметаларнинг кўшилишидан пухта кобикка ўралган, 20—100 мкм катталиқдаги ооцистлар вужудга келади. Најас оркали ташқи муҳитга тушган ооцистлар узок вақт сақланишлари мумкин. Бир неча кундан кейин (харорат, намлик ва кислород етарли бўлган тақдирда) ҳар бир ооцистдан тўрттадан спорозоити бўлган иккита споросиста ҳосил бўлади ва улар энди инвазион (юқиш) хусусиятига эга бўлади.



20-расм. Токсоплазмаларни ривожланиш цикли

Жинсиз кўпайиши, — ўз ичига эндодиагения, эндополигения ва шизогонияларни олиб, оралиқ хўжайинларнинг барча аъзоларида ва шу жумладан мушукнинг ичагида содир бўлади. Бундай кўпайиш вегетатив кўпайиш бўлиб икки хил: эндозоит ва систозоит турида кечади. Эндозоит токсоплазм инвазиясининг бошланғич даврига ва шунингдек, генерализациялашган жараёнга хос. Касалликнинг латент сурункали кечими даврида эса систозоит кузатилади.

Эндозоитлар (тахизоитлар) эндотелиал хужайралар, жигар паренхиматоз хужайралари, гистиоцитлар, лимфоцитлар, пневмоцитлар, миокард толалари, нейронлар ва бошқа паразит кўпайиши мумкин бўлган хужайраларнинг ситоплазмасида топилади. Токсоплазмлар фақат тирик хужайра ичида кўпаяди ва жуда қисқа (то бошқа хужайрага кириб олгунча бўлган) вақт

давомида хужайрадан ташқарида бўлиши мумкин. Яна шу нарса аниқланганки (Кауфман Х ва бошқалар.), токсоплазмнинг вирулентли штамлари вирулентлиги камроқ бўлган штамларига нисбатан 2—3 марта тезроқ кўпаяр экан. Одам организмига тушган паразитлар ретикулоендотелиал система хужайраларига жойлашиб олиб, кўндаланг бўлиниш ёки ички куртакланиш (ендодиногения) йўли билан кўпаяди. Ички паразитлар билан тўлган хужайралар псевдосистлар деб аталади. Псевдоцистлар ёрилишидан ажралиб чиққанни токсоплазмлар бошқа соғлом хужайраларга кириб яна кўпаяди ва яна псевдоцистлар ҳосил қилади.

Сурункали токсоплазмозда бемор аъзоларида худди ҳайвонлар аъзоларида бўлган сингари ҳақиқий систлар ҳам ҳосил бўлиши мумкин. Улар кейинчалик ёки қотиб—оҳакланиб қолади ёки ёрилиб ичидан чиққан токсоплазмлар бошқа соғлом хужайраларга ўтиши оқибатида касалликнинг қайталанишига (ресидивга) сабабчи бўлади.

Парчаланган хужайралардан ажралиб чиққан паразитларнинг жуда тезлик билан бошқа соғлом хужайраларга кириб олиши, уларнинг фаол ҳаракатидан дарак беради. Хужайра ичига бунчалик тез (япониялик олим Ҳираи К ва бошқаларнинг кузатишлари бўйича — бир неча секунд давомида) кириб олишга, паразит нафақат ўзининг фаол ҳаракати, балки ўзидан ажратадиган махсус фактор (РЕФ) ёрдамида эришади (Лйске ва б., 1966). Текширувлар шуни кўрсатдики — токсоплазм барча ти пдаги хужайраларда кўпая олади, шунинг учун ҳам барча турдаги сут эмизувчилар ва паррандалар оралик хўжайин бўлиб хизмат қилади. Бироқ ситопатоген таъсир муддати турличабўлиб, у хужайрати пигава ёшига (Акиншина Г.Т., 1964), шунингдек, паразитнинг кўпайиш ритмига (Кауфман Х ва б., 1968) боғлиқ. Токсоплазмнинг кўпайиш ритми унинг вирулентлик хусусиятига мутаносиб эканлиги аниқланган.

Токсоплазмлар асосан РЕС хужайраларида, хусусан макрофагларда кўпаяди. Кўпайиш асосан хужайра плазмасида содир бўлади, бироқ токсоплазмда хужайра ядросига кириш ва кўпайишга мойиллик (тропизм) ҳам аниқланган.

Систалар деворининг моҳияти ва унинг пайдо бўлиш механизми жуда мураккаб бўлиб, ҳали етарли ўрганилмаган. Систалар ҳам кўпинча хужайра ичида жойлашади, бироқ хужайрадан ташқарида бўлиши ҳам мумкин.

Кўпчилик холларда систалар атрофида хужайра инфилтрацияси кузатилмайди, фақат айрим ёндош гистоцитларда ўчоқли ги пертро- фия кўрилиши мумкин. Токсоплазмнинг вирулентлик ва антигенлик хусусияти унинг турли штаммларида турличадир.

Аниқланишича, антиген таркибида протейндан ташқари 12—15% миқдорда полисахарид фракцияси мавжуд, демак токсоплазма антигени оксил—углевод мажмуидан ташкил топгандир.

Трофозоит босқичида токсоплазмлар термик ҳамда баъзи кимёвий моддалар таъсирига чидамсиздир. Улар киздирилганда (55°C) тез, 50% ли спирт, 2% ли хлорамин, 1% ли фенол эритмалари таъсирида

5—10 дақиқа давомида нобуд бўлади, куритиш ва куёш нури таъсирига ҳам чидамсиздир.

Эпидемиологияси. Токсоплазмоз заминимизнинг барча қитъаларида учрайдиган, зооантропоноз касалликдир. Касалликнинг синантроп ва табиий ўчоқлари мавжуд. Табиий ўчоқларда текширилган ҳайвонлар ва қушларнинг барча турларида токсоплазмоз аниқланган. Улар (айниқса қуёнлар) орасида оммавий абортлар билан кечувчи йирик ва оғир эпизоотиялар кузатилиб туради. Эпидемиологик нуқтайи назаридан токсоплазмозни қишлоқ хўжалиги ва уй ҳайвонларини зоонози деб қаралмоғи керак. Одам, одатда, синантроп ўчоқларда, яъни аҳоли яшайдиган жойлардаги ўчоқларда эпидемиологик ҳалқага қўшилади.

Синантроп ўчоқларда — моллар, қўй, эчки, чўчка, от, туя, эшак, ит, мушук, товук, ўрдак, гоз, курка, сайроқи қушлар, шунингдек, уй кемирувчилари касаллик манбайи бўлиб хизмат қилади. Айниқса мушуклар, аъзосида токсоплазмозларнинг жинсий кўпайиши содир бўлганлиги учун алоҳида аҳамият касб этади.

Ҳозирда одамнинг, оралик хўжайин бўлмиш ҳайвонлар (қишлоқ хўжалик ҳайвонлари, ит, кемирувчилар) билан мулоқатда бўлиши, амалда касаллик юқишига олиб келмаслиги аниқланган. Аъзосида токсоплазмлар бўлган одам ҳам бошқа оралик, хўжайинлар сингари атрофдагиларга деярли эпидемиологик хавф туғдирмайди. Шунингдек, токсоплазмни донорлик қони орқали юқиши ёки ҳаво—томчи йўли билан, трансмиссив ва жинсий йўллар билан юқиши, махсус текширувлар асосида инкор этилган.

Д.Н.Засухиннинг (1980) такидлашича, юқиш токсоплазм-нинг барча ривожланиш босқичида — яъни эндозонтлар, сесталар ва ооцисталар орқали содир бўлади. Ооцисталарнинг алиментар йўл билан юқиши нафақат хом гўшт, балки ооцистлар билан ифлосланган барча овқат турлари, шунингдек ифлосланган кўл, яхши ювилмаган сабзавот, хўл мевалар (кулупнай) ва бошқалар орқали ҳам (худди геогелминтозлар сингари) содир бўлиши мумкин.

Касалликнинг юқиши асосан оғиз орқали — алиментар йўл билан, хом ёки чала пиширилган гўшт ёки кийма истеъмол қилинганда (татиб кўрилганда) содир бўлади. Бу борада сут ва сут маҳсулот-ларининг роли ҳам деярли йўқдир.

Токсоплазмлар юқишининг иккинчи йўли — мушуклар ажратган оосистларни турли йўллар билан (ифлосланган кум, тупрок ёки бевосита мушукнинг ўзини тегиши туфайли ооцистларни кўлга, идиш—товокларга ўтиши сабабли) оғизга тушишидир. Хом гўшт билан ишловчи — кассоплар, ошпазлар, уй бекалари, шунингдек айрим соҳа тиббиёт ходимларига паразит жароҳатланган тери ёки шиллик қаватлар орқали юқиши ҳам тахмин этилади. Бундай (георал ва контаминацион) юқиш механизми кам кузатилсада, мушукнинг эпидемиологик аҳамиятини камайтирмаслик керак.

Аниқланишича, мушук йўқ ҳудудларда (масалан, баъзи бир оролларда) токсоплазмоз нафақат одамларда, балки қишлоқ хўжалик ҳайвонларда ҳам йўқ экан. Шунинг билан бирга, мушук бор жойларда аҳолининг турли қатламлари, шу жумладан гўшт смайди-ганлар (вегитарианлар) ҳам токсоплазмоз билан зарарланганлиги кўрилган. Бу ҳолат, мушук токсоплазмозни эпидемиологиясида марказий ўрин тутди деган хулоса қилишига асос бўлади. Демак, токсоплазмознинг эпидемиологик ҳалқасини қуйидагича ифодалаш мумкин.

Лаборатория ходимларига касалликни юқиши, уларнинг жароҳатланган териларига кучли вирулентли токсоплазмлар тушган тақдирдагина содир бўлади. Айрим ҳолларда она қорнидаги ҳомилага касаллик плацента орқали юқиши мумкин. Бу ҳолат онага токсоплазмоз ҳомиладорлик пайтида юққан тақдирдагина ва онада паразитемия бўлиб плацентада чекланган жароҳатланиш бўлган ҳоллардагина содир бўлади. Бинобарин, туғма токсоплазмоз бўйича хавfli гуруҳга (группа риска) фақат шу ҳомиладорликкача ҳеч токсоплазм инвазияси бўлмаган, яъни иммунитетини йўқ ҳомиладор

аёлларгина киритилмоғи керак. Хомиладорликдан олдин (хатто хомиладорликка яқин кунларда) токсоплазмозни юктирган аёллар касалликни хомилага юктира олмайдилар, чунки хомиладорлик даврига келиб тахизоидларнинг ривожини тўхтаган, систалар эса тўқималарга жойлашиб олган бўлади.

Кўпчилик олимларнинг такидлаши бўйича она ўз ҳаётида токсоплазмозни хомилага фақат бир марта юктириши мумкин холос. Яъни, ҳаётида бир марта токсоплазмозли бола туккан аёл кейинги хомиладорликдан кўркмаслиги мумкин (Лисенко А.Я., 1984).

Касаллик ер куррасининг барча китъаларида ва барча иклимий шароитларда тарқалгандир. Дунёнинг кўпчилик ўлкаларида ўтказилган текширувларда аҳолининг 6 дан 90% да токсоплазмга қарши антителолар борлиги қайд этилган: аҳолининг токсоплазмоз билан зарарланганлик даражаси Ғарбий Европа ва Шумолий Америка давлатларида 25—50% бўлса, Африка, Марказий ва Жанубий Америка ўлкаларида 90% ни ташкил этади. Умуман Ер юзи аҳолисининг учдан бир қисми токсоплазмоз билан зарарланган деб ҳисобланади (Ёрихам Р., 1971). Аҳолининг зарарланиш даражаси иссиқ ўлкаларда совуқ ўлкаларга нисбатан, кишлоқларда шаҳардагига нисбатан юқори бўлиши ҳамда ҳудуд денгиз сатҳидан қанча юқори бўлса, шунча зарарланиш кам бўлишлиги аниқланган. Масалан, Исландияда — 4—11% бўлса, Гандурас, Гаити сингари иссиқ тропик ўлкаларда — 64—68% бўлган. Иқлимий шароитнинг таъсири хатто бир ўлка ҳудудида ҳам сезилади. Аҳоли орасида инфекциянинг учраши ёшга қараб ҳам ортиб боради.

Касалликнинг тарқалишига йил фасллари таъсир кўрсатмайди. Одамлар орасида касалликка мойиллик юқори эмас, кўпроқ

ёшлар касалланади. Касаллик 60 ёшдан катта шахсларда кам учрайди.

Патогенези. Оғиз орқали тушган тўқима систалари ва ооцисталардан ажралган брадизоитлар ва спорозоитлар кўпроқ ингичка ичакнинг қуйи қисмида тезликда эпителиал хужайралари, сўнгра эса лимфа оқими орқали регионар (мезентерал) лимфа тугунларига ўтади. Бу ерда токсоплазмлар кўпайиб яллиғланиш чакиради ва ажралиб чиққан тахизоитлар бошқа хужайраларга ўтиб, уларни ҳам зарарлаши оқибатида кўплаб майда некрозли ўчоклар пайдо бўлади. Буни инвазиянинг бошланғич босқичи, ёки бирламчи аффект деб қаралади. Сўнгра тузилиши жиҳатидан сил ёки

кораоксок гранулемаларини эслатувчи инфекцион гранулема ҳосил қилади. А.Я.Лисенконинг (1984) такидлашича, бошланғич босқичдаги ўзгаришлар клиник намоён бўлмайди, яъни касалликнинг инкубацион даврига тўғри келади.

Кейинчалик токсоплазмлар қонга тушиб қон орқали бутун танага тарқалади ва ретикулоендотелиал системаси аъзоларига (жигар, талок, лимфатик тугунлар), бошқа паренхиматоз аъзолар ва шунингдек нерв системаси, юрак мушаклари ҳамда скелет мускулларига жойлашиб олади. Бу инвазиянинг генерализациялашган босқичидир. Паразит аъзоларда кўпайиб бориб, организмда уларга қарши иммунитет ортган сари узок йиллар ёки умрбод сақланувчи систалар ҳосил қилади. Нерв системаси ҳамда мушакларда некроз ўчоқлари пайдо бўлиб, улар кейинчалик қотиб—оҳакланиб қолади. Оҳакланиш токсоплазмозга жуда хос белгилардандир.

Паразит юқиши билан унинг тўғридан-тўғри қонга тушиши (ҳомилага плацента орқали юққанда ёки лаборатория шароитида юққанда) жуда хавфлидир, чунки ҳали иммунологик жараён ривожланмаганлиги сабабли сепсис юзага келиши ва ўлим билан яқунланиши мумкин. Чунончи, патологик жараённинг оғиренгиллиги кўп жиҳатдан организмнинг иммунологик ҳолати билан белгиланади.

Одамлар токсоплазмозга нисбатан чидамли бўлганликлари туфайли уларда оғир септик ҳолатлар жуда кам кузатилади. Генерализация босқичининг бошланишиданок қонда антителолар аниқланадики бу ҳолат иммунитет ривожланаётганидан далолат беради.

Организмда содир бўлаётган ўзгаришлар кўпчиликда клиник намоён бўлмай, патологик жараён турғун компенсациялашади ва касаллик бирламчи — латент турда кечади. Зарарланганларнинг фақат 1% да хасталик суст, қайталаниб турувчи сурункали турда ва фақат 0,2—0,5% беморларда ўткир, декомпенсациялашган ва оғир турда намоён бўлиши мумкин. Шунинг билан бирга, касалликни латент кечими ёки токсоплазмоз ташувчилик даврида иммунодепрессантларни қўллаш касалликнинг зўриқиши ва генерализациясига олиб келиши ва ҳатто ўлимга сабаб бўлиши мумкин.

Купчилик холларда, им муни тетни ортиб бориш хиси билан, генерализация босқичи бир неча хафтадан кейин паразитнинг персистенсияси босқичига ўтади. Хужайрадан ташқаридаги паразитлар ўлади, фақат орқа мия суюқлигида узокрок аникланиб туради. Тахизоитларнинг кўпайиши тўхтаб (асосан мушаклар ва МНС да), хужайра систалари пайдо бўлади. Жуда камдан-кам холларда систалар ёрилиб фақат айрим брадизоитлар бошқа хужайраларга кириб янги систалар хосил қилиши мумкин. Бу босқичда гуморал антителолар кам, тери аллергик синамаси эса тургин мусбат бўлади.

Токсоплазмозда табиий иммунитет олдинига тахизоитлар, кейинчалик (сўнгги босқичда) — брадизоитлар томонидан антигенли китикланиб туради. Хужайра систаси ичидаги брадизоитлар доимий равишда ўзидан иммуноген метаболитлар ажратиб туради. Бунинг оқибатида иммунитет маълум бир даражада доимий ушланиб туради. Бироқ бу иммунитет персистенсия босқичидаги паразитни йўқотиш учун етарли бўлмасада, организмни ресидивлардан ва реинвазиядан химоялашга етарлидир. Бинобарин, токсоплазмозда иммунитет ностерилдир. Токсоплазмозда Б- ва Т-лифоцитлар активлигининг сусайиши туфайли узок вақт иммуносупрессия ҳолати юзага келади. Ўлдирилган ёки авирулент токсоплазмлар билан иммунизация қилиш вирулентли паразит штамmlарининг юқишидан химоя қилаолмасада патологик ўзгаришлар оғирлигини камайтиради.

Токсоплазмоз патогенезида организмда бўладиган аллергик ўзгаришларнинг аҳамияти жуда каттадир. Бунда кузатиладиган аллергик юқори сезгирлик секинлашган типда бўлади.

Ҳомиладорликнинг биринчи ойларида, коринда ҳомила зарарланган тақдирда, кўпинча бола нобуд бўлади ва бола ташлаш ёки ўлик туғиш ҳоллари кузатилади. Шунингдек, ҳомила ривожининг бузилиши (ембриопатия) ва бола турли етишмовчиликлар билан туғилиши ҳам мумкин. Ҳомиладорликнинг сўнгги даврларида зарарланган бола генерализациялашган токсоплазмоз аломатлари билан туғилади.

Патологик анатомияси. Орттирилган токсоплазмозда, асосан лимфатик тугунларда— ретикулар гиперплазия, гранулемалар, баъзан некроз ўчоқлари кузатилади. Орттирилган токсоплазмознинг оғир генерализациялашган турида, камқонлик аломатлари, сероз

қобикларда қон қуйилишлар, миёда қон димланиши, ўпка шишиши ёки зотилжам ўчоқлари, жигар ва талокда некроз ўчоқлари кўрилади. Жароҳатланган тўкималарда паразитлар (трофозоитлар) топилади.

Тугма токсоплазмозда, бош мия яримшарлари тўларивожланмай қолиши мумкин. Эпендиманинг жароҳатланиши, мия қоринчаларида чандиклар ҳосил бўлиши туфайли гидроцефалия ривожланади. Ҳомила кечроқ жароҳатланганда — мия қобиги қисмида некроз ўчоқлари, қобик остида оҳакланиш, мия тўкимаси ва қобикларида ҳосиллаш яллиғланиш аломатлари кузатилади. Аксарият, менингоенцефалитга хос ўзгаришлар, кўзда эса эндофтальмит белгилари кўрилади. Тугма токсоплазмознинг генерализациялашган турларида мианинг жароҳатланиши, жигар ва талокнинг катталашуви, сариклик, миокардит, зотилжам, ичакнинг ярали жароҳатланиши сингари генерализациялашган ва виссерал турларида миёда ўзгариш кузатилмаслиги мумкин. Бу ўзгаришларнинг барчаси токсоплазмоз учун спесифик эмасдир.

Клиникаси. Токсоплазмознинг клиник намоён бўлиши жуда ҳам хилма-хилдир. Касалликнинг аста-секин ривожланиши ва кўпроқ бошла- нишда бирламчи-латент ёки бирламчи сурункали турда ривожланиши туфайли кўпинча инкубацион даврини аниқлаш қийин бўлади. Бироқ касаллик одамга лаборатория шароитида юққанда инкубацион давр 2 ҳафта (3—10 кун) бўлган. Касалликнинг юқиш механизмига қараб орттирилган ва тугма токсоплазмоз турлари, клиник кечишига қараб ўткир, сурункали ва латент кечими фаркланади.

Клиник таснифи

И. Орттирилган токсоплазмоз

1. Ўткир

— энцефалитик, серебрал

— тифсимон

— тошмали

2. Сурункали

3. Латент

ИИ. Тугма токсоплазмоз

— бирламчи

— иккиламчи

1. Ўткир (бирламчи генерализация)

2. Сурункали

3. Латент

4. Резидуал

ИИ. Орттирилган токсоплазмоз

1. **Ўткир токсоплазмоз** — одатда, касалликнинг генерализациялашган, оғир тури бўлиб, ўткир бошланади ҳамда иситма, умумий кучли интоксикация, жигар ва талокнинг катталашуви билан намоён бўлади. Фақат айрим беморларда касаллик умумий куввацизлик, мушакларда оғриқ, қиска муддатли ич кетиши сингари продромал белгилар билан бошланиши мумкин. Кўпчилик беморларда турли (аксарият кизамиксимон) тошмалар ҳамда марказий нерв системасини (енсефалит, энсефаломиелит сингари) оғир жароҳатланиши кузатилади. Энсефалит аломатлари ҳар доим генерализацияланган токсоплазмознинг бошқа клиник белгилари (иситма, миокардит, жигар ва баъзан талокнинг катталашуви ва б.) фонидан намоён бўлади.

Касалликнинг кечими ҳар доим оғир бўлиб, баъзан ўлим билан якунланади. Ўткир токсоплазмоз энсефалициз ўтиши ҳам мумкин. Бунда касаллик тифсимон ёки тошмали турда кечади. Ҳаётда орттирилган токсоплазмознинг оғир кечими жуда кам (асосан лаборатория шароитида фавкулотда юктирганларда, бошқа касалликлардан толиққанларда ёки иммунодепрессантлар билан даволанганларда) кузатилади.

Асосий клиник белгиларнинг намоён бўлишига қараб ўткир орттирилган токсоплазмознинг қуйидаги турлари фарқланади (Лисенко А.Я., 1984): 1) лимфа дено пати к, 2) ви ссера л, 3) серебрал, 4) кўз.

Лимфадэнопатик тури кўп учрайди (60—90%). Кўпчилик беморларда узок давом этган субфебрил ҳарорат фонидан катталашган (барча, кўпроқ—чуқур бўйин) лимфатик безлар аниқланади. Катталашган безлар каттик, оғири қисиз бўлади. Беморларнинг бир қисми лоҳаслик, куввацизлик, мушакларда, бошда ва томоқда оғриққа шикоят қиладилар. Лимфаденит ойлаб давом этиши мумкин, бироқ кўпчиликда енгил кечиб, тўсатдан тузалади.

Виссэрал тури миокардит, пневмония, энтероколит, сариксиз гепатит сингари аломатлар билан намоён бўлиши мумкин.

Токсоплазмозда эндокардит кўп кузатилади. Беморда қуввацизлик, вақти-вақти билан экстросистолия, АБ пасайиши, ЭКГ да — миокардда диффуз ўзгаришлар билан намоён бўлади.

Нафас системасидаги жароҳатланиши сурункали бронхит, интерстициал пневмония ҳамда кўкрак ички лимфа безларининг катталашуви кўринишида бўлади. Айрим беморларда энтероколит ва холесистит аломатлари кузатилади.

Токсоплазмозда кузатилиши мумкин бўлган сариксиз гепатитни аниқлаш қийин, чунончи жигар тестлари кўпинча ўзгармайди, фақат билвосита билирубин бироз ортиши мумкин холос.

Церебрал тури кўпроқ, айниқса болаларда, энсефалит ёки энсефаломиелит кўринишида намоён бўлиб, клиник жиҳатдан бошқа этиологияли энсефалитлардан фарқланмайди. Бу ҳолат, ҳар бир спорадик энсефалитли беморда токсоплазмозга серологик текширувлар ўтказиш кераклигини тақозо этади.

Айрим токсоплазмозли беморларда церебрал арахноидит ва родикулоневрит аломатлари ҳам кузатилиши мумкин.

Орттирилган токсоплазмозда кўзнинг жароҳатланиши (хориоретинит) кам кузатилади. Патологик жараённинг сўнишида касаллик иккиламчи сурункали турга ўтиб, баъзи бир қолдик (резидуал) белгилар (симптоматик тутқаноқ, ақлнинг пастлиги ва б.) намоён бўлади. Бир қисим реконвалесцентлар клиник белгиларсиз паразит ташувчи бўлиб қолади.

2. Сурункали токсоплазмоз — кўпчилик аъзоларнинг (нерв системаси, кўз, миокард, мускуллар ва б.) жароҳатланиши, субфебрил ҳарорат ҳамда сурункали интоксикация белгилари билан давомли ва суст кечувчи касалликдир. Хасталик аста-секин, умумий қуввацизлик, иштаҳанинг пасайиши, уйқунинг бузилиши, тажанглик, юрак соҳасида оғрик, мушаклар ва бўғимларда оғрик, баъзан кўришнинг бузилиши каби аломатлар билан намоён бўлиб боради. Кузатилганда беморларнинг деярли барчасида тана ҳароратининг субфебрил даражада кўтарилиши кўрилади. Иситма ойлаб давом этиши ёки вақти-вақти билан тўлқинсимон, апирексия даври билан алмашиб, кўтарилиб туриши мумкин. Тарқок — ҳам периферик (бўйин, кўлтиқ ости, чов), ҳам ички (мезентерал) лимфа тугунларининг катталашуви (яъни генерализациялашган лимфаденопатия) жуда кўпчилик беморларда кузатилади. Баъзан

мезаденит кучли намоён бўлиб, хато диагнозларга (сил мезоденити, аппендицит, аднексит ва б.) олиб келади. Лимфатик тугунлар олдинга юмшок, ушлаганда оғрикли, кейинчалик эса кичрайиб, қаттиқлашиб, кам оғрикли ёки оғриқсиз бўлиб қолади. Беморларнинг ярмидан кўпида жигар, аксариятида талок ҳам катгалашган, жигар бир оз оғрикли бўлсада, фаолиятининг ўзгариши деярли кузатилмайди.

Специфик миозит ҳам токсоплазмозда кўп учрайдиган белгидир. Мушаклар оғрикли бўлиб, ичида оғрикли қаттик тугунлар аниқланади, рентгенда эса айрим беморларда, мушак орасида оҳакланиш кўрилади. Баъзан бўғимларда оғрик бўлсада, яллиғланиш аломатлари бўлмайди.

Юрак-томир системасининг зарарланиши ҳам кўпчилик беморларда кузатилиб, қон босимининг пасайиши, баъзан томир уришининг тезлашуви, экстрасистолия, юрак тонларининг хиралашуви ҳамда юрак чегарасини чапга кенгайтиши каби белгилар билан намоён бўлади. ЭКГ да эса деярли барча беморларда миокардда ўчоқли ёки таркок ўзгаришлар аниқланади. Эндокард ва перикардда ўзгариш бўлмайди.

Сурункали токсоплазмозда нафас аъзоларининг зарарланиши кузатилмайди. Овқат ҳазм қилиш аъзоларининг зарарланиши — ошқозон соҳасида биров оғрик, кўнгил айнаши, иштаҳанинг пасайиши, қорин кепчиши, қабзият каби аломатлар билан намоён бўлади. Ошқозон шираси текшириб кўрилганда, унинг озайганлиги, таркибида кислота камайганлиги кузатилади. Рентгенда кўрилганда йўғон ичакнинг ҳаракат фаолияти бузилганлиги кўрилади. Аксарият беморлар озиб кетади. Кўпчилик беморларда асаб системасида ўзгаришлар кузатилади ва кўп турли бўлади. Кўпроқ кузатиладиган аломатлар марказий нерв системаси билан боғлиқ бўлади, периферик нерв эса кам зарарланади. Кўпчилик беморларда невротик белгилар (руҳиятнинг тез ўзгариши, иш қобилиятининг пасайиши, тажанглик, ўзида ҳар хил хасталикларни қидириш, айниқса ўсма касаллиги ҳақида ўйлаш ва ундан кўркиш ва б.) кучсиз намоён бўлади. Айрим беморларда эса кучли истерия ти пидаги невроз, диенсефал ўзгаришлар, суст кечувчи энсефалит ва симпатик тугканок сингари оғир ҳолатлар кузатилиши мумкин. Қон-томир вегетатив ўзгаришлари барча беморларда учрайди. Кўпчилик беморлар кўзида — хориоретинит, увеит сингари ўзгаришлар бўлиб,

улар борган сари узокни кўролмайдиган бўлиб борадилар. Эндокрин безларини фаолиятининг бузилиши оқибатида — хайз циклининг бузилиши, шахвоний ожизлик, буйрак усти безининг иккиламчи етишмовчилиги, баъзан қалқон-симон без фаолиятининг сусайиши сингари аломатлар кузатилади. Периферик қонда — лейкопения, нейтропения, нисбий лимфоцитоз, эозинофилларнинг ортишига мойиллик намоён бўлади. ЭЧТ эса ўзгармайди.

Сурункали токсоплазмозда бирон-бир аъзони ажралган ҳолда жароҳатланиши камдан-кам кузатилади. Шунинг учун ҳам касаллик турларини жароҳатланадиган аъзолар бўйича белгиланиши асосли эмас.

3. Латент токсоплазмоз. Айниқса бирламчи латент кечимида касалликнинг бирон—бир клиник белгиси (хатто қунг билан кўрилганда ҳам), намоён бўлмайди. Иккиламчи латент кечимида эса касалликнинг қолдиқ белгилари (хориоретинитнинг эски ўчоғи, лимфа тугунларининг склеротик ўзгариши) аниқланиши мумкин. Бу турда кўпинча касалликнинг зўриқиши кузатилади. Латент кечимининг ташхиси серологик реакцияларининг мусбат натижасига ёки токсоплазмин билан ўтказиладиган тери-аллергик синама натижаларига асосланади. Касалликнинг барча турларида ҳам ташхис қўйишда анамнезнинг тўғри йиғилиши маълум рол ўйнайди. Бунда уй ҳайвонлари (айниқса мушук) ёки бошқа ҳайвонлар билан мулоқатда бўлганлиги, хом (ёки чала пиширилган) гўшт, қийма истеъмол қилганлиги аниқланади. Шунингдек, касал яшаш жойи, туғма токсоплазмозни аниқлашда эса онанинг ҳомила давригача ва ҳомила давридаги соғлиғи ҳақида ҳамда олдинги ҳомилалар ҳақида маълумот йиғилади.

ИИ. Туғма токсоплазмоз. Туғма токсоплазмоз нисбатан кам учрайди. Бунга сабаб туғма токсоплазмознинг ҳомилага фақат плацента орқали юқишидир. Туғма токсоплазмозда юқиш қон орқали бўлганлиги туфайли касаллик ҳар доим генерализациялашган жараён тарзида кечади. Касаллик кўпчилик ҳолларда клиник белгиларсиз ёки биров кечиккан белгилар билан ва ниҳоят айрим (ўртача 25%) беморларда клиник намоён, ўткир хасталик тарзида кечади. Ҳомиладорликнинг биринчи уч ойида токсоплазмоз юққан оналарнинг 25% да инфекцияни эмбрионга ўтиши ва ҳомиланинг зарарланиши кузатилади. Бу ҳолат — барвақт аборт, боланинг ўлик туғилиши ёки боланинг оғир асоратлар

(аненсефалия, гидроцефалия, микроцефалия, анофтальмия, оёк-кўлларнинг, жинсий аъзолар ва шу кабиларнинг йўклиги ёки чала ривожланганлиги) билан туғилишига олиб келади.

Ҳомиладорликнинг охириги уч ойида токсоплазмозни юктирган оналардан туғилган чақалокларнинг 65% да касаллик субклиник кечимида уларнинг 85% да хорморетинит ёки неврологик асоратлар кўринишида намоён бўлади.

Туғма токсоплазмознинг ўткир тури, одатда, оғир, генерализациялашган ҳолда кечиб — кучли интоксикация, иситма, сариклик, жигар ва талокнинг катталашуви, терида тошма (догли бўртмалар) сингари белгилар билан намоён бўлади. Кўпчилик беморларда бу ўзгаришлар билан бирга оғир энсефалит ва кўзларнинг жароҳатланиши кузатилади.

Касалликнинг сурункали тури эса олдинига субфебрил иситма, интоксикация, миозит ва лимфоаденопатия билан намоён бўлади. Кейинчалик касаллик аломатлари аста-секин сўниб бориб, фақат кечирилган энсефалитнинг қолдиқ белгилари (гидроцефалия, олигоф - рения, симптоматик эпилепсия), шунингдек кўзнинг турли даражадаги жароҳат (ҳатто микро- ва анофтальм) белгилари сақланиб қолади.

Бу тоифадаги беморларнинг кўпчилигида туғма токсоплазмоз учун хос бўлган тўрт симптом: тиришиш, гидроцефалия, ўчоқли калцификатлар ва хориоретинит аниқланади. Бундай болаларнинг кўпчилиги биринчи ёшида нобуд бўлади, ўлмай қолганларида резидуал босқич давом этади.

Туғма токсоплазмознинг резидуал кечими — касаллик белгилари фаоллигининг аста-секин сўниши ва энсефалитнинг қолдиқ белгиларини (гидросефалия, олигофрения, эпилепсия ва б.) сақланиши билан ифодаланади. Касаллик вақтида аниқланиб, тўғри даволанса нафақат уларнинг ҳаёти сақлаб қолиниши, балки айтилган оғир асоратларни ҳам олдини олиш мумкин бўлади.

Ташхисоти. Касалликнинг барча турларида ҳам ташхис кўйишда анамнезни тўғри йиғилиши маълум рол ўйнайди. Бунда уй ҳайвон-лари (айниқса мушук) ёки бошқа ҳайвонлар билан мулоқатда бўлганлиги, хом (ёки чала пиширилган) гўшт ёки кийма истеъмол қилганлиги аниқланади. Шунингдек, касби, яшаш жойи, туғма токсоплазмозни аниқлашда эса онанинг ҳомила давригача ва

ҳомила давридаги соғлиғи ҳақида ҳамда олдинги ҳомидалар ҳақида маълумот йиғилади.

Кўпчилик ҳолларда токсоплазмозни аниқлаш анча мураккаб бўлиб, врачдан қунт ва билим талаб этади. Ташхис қўйиш — касалликнинг клиник белгиларига (лимфатик тугунлар, айниқса бўйин лимфатик тугунлари ва МНС нинг ҳолатига), ЭКГ кўрсаткичларига, кўз тубини кўриш, бош ва мушакларни рентгенологик текширишлар натижаларига асосланади. Бироқ орттирилган токсоплазмознинг ташхиси фақат клиник белгиларга асосланиши мумкин эмас, у албатта лаборатор текширувлар билан тасдиқланмоғи керак.

Қўлланиладиган серологик ва аллергик реакциялар 30% соғлом одамларда ҳам мусбат натижа бериши мумкинлигини ҳисобга олиб, улардан эҳтиётлик билан фойдаланиш керак. Серологик реакциялар ва айниқса токсоплазм билан ўтказиладиган тери-аллергик синаманинг манфий натижа бериши, токсоплазмоз касаллигининг тўлиқ инкор этишимизга асос бўла олади. Бу реакцияларнинг мусбат натижаси эса текширилувчи шахс организмида токсоплазм борлигини кўрсада, фақат шу касалликка хос белгилар (давомли субфебрил ҳарорат, сурункали интоксикация белгилари, лимфоденопатия, миозитлар, юрак мушакларида ўзгариш, жигарнинг катталашуви, мия ва мушакларда оҳакланиш, хориоретинит ўчоқлари ва б.) мавжуд бўлган тақдирдагина диагностик аҳамият касб этади.

Касаллик ташхиси асосан паразитологик текширувга асосланмоғи керак. Кўзгатувчи паразитларни микроскоп остида (бўялган қон суртмаси, орқа мия суюқлиги, бодом беши ва бошқа лимфатик тугунлардан олинган кесма ёки пунктатлардан тайёрланган суртма, шунингдек, мурда аъзоларидан олинган кесмаларда) кўриш мумкин. Ҳомиладорлик патологиясида токсоплазмни аниқлаш учун йўлдошдан, ҳомила олди суви ва пардасидан материал олинади. Касаллик ташхисида паразитологик текширувлар (сичқонларда, мушукларда ва товук эмбрионида ўтказиладиган биологик синамалар), энг асосий ҳисобланади, уларнинг манфий натижаси токсоплазмозни тўлиқ инкор этмайди. Бундай ҳолларда серологик реакциялар ва аллергик синамалардан фойдаланамиз.

Серологик реакциялардан сезгирлари Себин—Фелдман бўёғи билан ўтказиладиган реакция ҳамда билвосита гемагглютинация реакцияси (РПГА) ва флюорессенсияланувчи антителоларни аниқлаш реакцияси (РФА) ҳисобланади, шунингдек токсоплазм антигени билан ўтказиладиган комплемент боғлаш реакцияси (РСК), энзим нишонланган антителолар реакцияси (РЕМА), ҳам- да ИгМ ни аниқлаш учун флюорессенсияланувчи антителоларни аниқлашнинг билвосита усуллари қўлланади. Себин—Фелдман бўёғи билан ўтказиладиган реакция нисбатан сезгир ва спецификдир. Бу реакция метилен синкасининг ишқорий эритмаси қўшилган нормал қон зардобида паразитнинг ситоплазмаси зангори рангга бўялишини кузатишга асосланган. Агар қон зардобида токсоплазмозга қарши антителолар мавжуд бўлса, бундай бўялиш содир бўлмайди. Кўрсаткичларни куйидагича баҳолаш тавсия этилади: 1:16 — 1:128 паст, 1:256 — 1:8192 — ўрта ва 1:16000 дан ортиқ бўлса — юқори. Одатда, диагностик титр 1:64 ҳисобланади, агар клиник белгилар (масалан, хориоретинит) мавжуд бўлса, ундан паст титрда (1:2 — 1:4) ҳам ҳисобга олинади. Реакция кўрсаткичи, ўткир токсоплазмозда 1:1000, сурункалигида эса баъзан 1:2000 га етади. Антителолар РСК реакциясидагига нисбатан анча барвактрок (7—14 кунда) аниқланади ва 2 йилдан бир неча йилгача сақланади.

РСК ҳам қимматли ташхисий аҳамиятга эга. Унда антителолар, касаллик юққанидан 2—3 ҳафта кейин пайдо бўлиб, 6 ойгача, баъзан бир неча йил давомида аниқланиб туради. Реакция 1:4, сурункали инфекцияда эса — 1:8 мусбат ҳисобланади. Кўкрак ёшидаги болаларда бу реакцияларнинг иккиси ҳам манфий натижа бериши мумкин.

Кейинги йилларда ИгМ ни аниқлаш (иммунофермент анализи — ИФА) асосий диагностик усул ҳисобланиб, кенг қўлланмоқда. У тез ва аниқ ташхис қўйиш имконини беради. Унинг кўрсаткичлари: сурункали инфекцияда 1:20 гача бўлган титрда манфий ҳисобланади, ўткир инфекцияда эса 1:80 ва ундан юқори бўлади.

Аллергик усуллардан — токсоплазмин билан ўтказиладиган тери—аллергик синамаси, титрацион синама, лимфоцитлар бласттрансформацияси ва нейтрофилли лейкоцитларни парчалаш реакциясидан фойдаланилади.

Аллергик ва титрацион синамалар натижалари 96—97% да мос келади. Бу синама 2 ёшгача бўлган болаларда ва 60 ёшдан катта

шахсларда тавсия этилмайди, чунончи кўпчилик ҳолларда уларнинг териси токсоплазмга нисбатан реактивдир. Синама, касаллик юққанидан тахминан 4 ҳафта кейин мусбат натижа беради ва жуда узоқ вақт, ҳатто бугун умр давомида сақланиб қолиши мумкинлигини, синама натижасини баҳолашда албатта ҳисобга олмоқ зарур. Синама натижаси 24 ва 48 соатдан кейин куйидагича белгиланади: ++++ — аниқ мусбат (диаметри 20 мм дан ортик), +++ — мусбат (13—20 мм гача), ++ кучсиз мусбат (10—12 мм), — — салбий (2—9 мм).

Даволаш. Даволаш орттирилган ва тугма токсоплазмознинг ўткир ва бошланғич турларида (баъзан сурункали турнинг зўриққан даврида ҳам) энг кўп самара беради. Айникса хомиладорлик даврида токсоплазмоз билан касалланган аёллар, тугма токсоплазмознинг ўткир (ва ярим ўткир) турда ўтказётган болалар ҳамда кўз жароҳатланиши бўлган беморлар, албатта ва тез даволанмоқлари керак. Ўткир токсоплазмозни даволашда бевосита трофозоитларга фаол таъсир этувчи этиотроп дорилар, жумладан — хлоридин (дараприм) яхши самара беради. Уни 0,025 г дан биринчи 3 кун 3 мартадан, кейинги кунларда 1 марта (болаларга — 1 кг тана оғирлигига 0,5—1 мг ҳисобидан) 5—7 кун давомида, сулфадимезин билан бирга (суткада 2—4 г дан 7—10 кун) берилади. 7—10 кун оралатиб 3 та курс ўтказиш тавсия этилади. Бу препаратлар синергик таъсир этади, нохуш таъсири йўқ. Фақат айрим ҳолларда айтилган препаратлар фолиев кислота синтезини тормозлагани туфайли тромбоцитопения ёки лейкопения юзага келиши мумкин. Бунинг олдини олиш учун фолин кислотаси (10—20 мг дан) бериб борилса, унда организмда фолиев кислота ҳосил бўлади. Этиотроп таъсирга эга бўлган — аминохинол, хингамин, спирамицин, тетрациклин, қаторидаги антибиотиклар, сулфаниламидлар (сулфадимезин, сулфадиметоксин ва б.) ва бисептол ҳам қўлланилади.

Умуман ҳамма сулфаниламидлар ҳам токсоплазмозга қарши таъсир этиб, тахизоитларнинг кўпайишини бўғади, бироқ улар организмдан тез чиқиб кетганлиги туфайли паразитни тўлиқ йўқотишга мувофиқ бўлинмайди. Шунинг учун ҳам уларни қайта курслар билан ҳафталаб ва ҳатто ойлаб беришга туғри келади.

Юқорида айтилган дориларнинг биронтаси касалликнинг сурункали турини даволашда тўлиқ самара бермайди, чунончи токсоплазмозлар система шаклида бўлади. Бундай ҳолларда даволаш

мураккаб бўлиб, витаминлар умумий қувватлантирувчи дорилар ва нонспецифик десенсибилизацияловчи дорилар (супрастин, ди прозин, димедрол, камрок дозада кортикостероидлар) билан бир вақтда 5—7 кунлик химиотерапия (делагил, тетрациклин) курсини ўтказиш яхши самара беради. Шунинг билан бирга албатта (токсоплазмин билан) спесифик иммунотерапия курси ўтказилиши керак. Токсоплазмин юборилиши- дан олдин титрацион синама ёрдамида (юборилган жойда терининг қизариши ва бўртма диаметри 10 мм дан ошмаслиги керак), ҳар бир бемор учун дозаси аниқланмоғи керак. Танланган дозада суюлтирилган токсоплазмин тери орасига қуйидаги тартибда юборилади: 1-кун — 0,1 мл дан учта нуктага, 2-кун — тўртта нуктага, кейинги кунларда — биттадан орттириб бориб, 8-кун — 10 та нуктага юборилади. Шу курс давомида ҳар кун ультрабинафша нури билан умумий нурлантириш (1/4 дан 1 биодозагача) ўтказилади. Токсоплазмани бу тартибда юборилиши, специфик сенсибилизацияни камайтириб иммунологик мудофа реаксиясини кучайтиради. Натижада ошкор кўринишда бўлган инфекцияни латент (яширин) ҳолатга ўтишини таминлайди.

Токсоплазмознинг клиник белгилари намоён бўлмаган, аммо комплемент бириктирувчи реаксияси (РСК) ва тери синамаси мусбат натижа берган ҳомиладор аёлларда даволаш курси ўтказилмайди. Клиник белгилари яққол намоён бўлган ва сурункали токсоплазмоз билан хасталанган ҳомиладор аёлларда иммунотерапиянинг профилактик курси ўтказилади. Ҳомиладор аёллар учун токсоплазмозни янги юқиши жуда хавфлидир. Бундай беморларга 1—2 курс химиотерапия ўтказилади.

Сурункали токсоплазмозни даволашда, юқорида айтилган асосий даво орга низмининг умумий иммунологик қувватини камайтириши мумкин бўлган йўлдош касалликлар (гижжа ва бошқа паразитар касалликлар, сурункали холесисто- холангит ва б.) ҳам даволанмоғи керак.

Бўғимларда оғрик ва миозит аломатлари бўлган тақдирда физиотерапевтик даво усуллари қўлланилади. Умумий даво курси ўртача 3 ҳафта бўлади.

Ҳомиладор ва тукқан аёлларга — Ровамицин (сперомицин) бир кунда 3 г дан 6 ҳафта давомида берилади. Бу антибиотик плацентада тўпланади, бироқ ҳомилага ўтмайди. Даволанган оналардан

туғилган болалар орасида инвазияланиш 2 марта кам кузатилади, касаллик эса кўпинча енгил кечади.

Чақалоқларда — Ровамицин бин кунда 0,15 г дан 6 ҳафта давомида берилади. Бироқ кимёвий дориларни хомиладорликнинг биринчи 3 ойи давомида бериб бўлмайди, чунончи уларнинг кўпчилиги (айникса хлоридин, сулфадимезин ва тетрациклин) хомилани жароҳатлайди.

Оқибати. Туғма токсоплазмознинг оқибати ҳар доим оғир, чунки унда бўладиган асоратлар ва қолдиқ ҳолатлар турғун бўлади. Иммунитет тақчиллиги (СПИД ва бошқа касаллиги) бўлган шахсларда ўткир токсоплазмоз оғир кечади ва ўлим билан якунланиши ҳам мумкин. Сурункали токсоплазмозда, айрим беморларда қайтала- нишлар кузатилиб турсада, умуман оқибати яхши бўлади.

Профилактикаси. Уй ҳа йвонларининг токсоп лазмо з би лан касалланишига қарши тадбирлар, айникса ёввойи мушукларни йўқотиш, мушуклар билан мулоқатдан сақланиш, ооцистларни ифлосланган қўл ва идиш-товоқлар орқали юкмаслиги учун шахсий ва умумий гигиена қоидаларига амал қилиш, пиширилмаган қийма ва чала пиширилган гўшт истеъмол қилишни тақиқлаш каби тадбирларни ўз ичига олади. Бу қоидаларга айникса хомиладор аёллар қатъий амал қилмоқлари зарур.

БЕЗГАК

Безгак – қайта-қайта иситма ҳуружлари, камқонлик, жигар ва талокни, эритроцитларни жароҳатланиши билан камқонлик белгиларини намоён бўлиши билан ҳамда интоксикацион белгиларни ривожланиши билан кечувчи касаллик.

Безгак касаллиги тарихий боскичлари. Безгак касаллиги инсониятга эрамиздан аввал ҳам маълум булган. Биринчи булиб Букрот (эрамиздан олдинги 430-377 йиллар) безгакни иситма билан кечадиган касалликлар орасидан ажратиб олган ва бу касалликни келиб чиқишида «ёмон сувнинг» «нам иклимнинг» ахамияти борлигини айтиб кетган. Женевалик ҳаким Мортон (1696 йил) биринчи булиб безгак касалини клиник манзарасини езиб қолдирган ва даволаш учун хинна дарахтини пустлогини тавсия этган. Италиялик олим Лансиси (1717 йил) безгак касалини боткоклик

ерларга алокаси борлигини тасдиқлаб берган. Шунинг учун безгак касалини дунё буйича аталадиган номи «Малярия» италиянча суз булиб, (Малариа) сассик, бузилган хаво деган маънони билдиради. Франциялик ҳаким А.Лаверан (1880 йил) биринчи булиб безгак билан оғриган беморларни қонида касалликни кузгатувчиси (Пл. фалсипарум) борлигини аниқлаган. Бу кузгатувчи И.М.Мечников (1887 йил) томонидан Протозоа типига киритилди. Хиндистонда инглиз олими Росс Р. (1887 йил) анофелес чивинининг ургочиси инсонни чакканда безгак касалини кузгатувчиси юқишини аниқлаган. Д.Л.Романовский (1891 йил) плазмодийларнинг буялиш усулини ишлаб чиқди.

XX аср олимлари безгак кузгатувчиси биологиясини ва касалликни патогенезини урганишда жуда катта ютуқларга эришишди. Шорт Ҳ.Е., Йарнҳам П.С. ет ал., (1948 йил) экзоэритроцитар шизогония даврини борлигини аниқлашди. Задда Р.И. (1969 йил) мерозоитларни эритроцитларнинг ичига кириш механизмини аниқлашди. Лысенко А.Н. ва бош. (1976 йил) Пл. вивах спорозоитларини политиплигини масаласи илгари сурилди.

1955 йил БССТнинг ВИИИ сессиясида «безгакни тағ-томири билан тугатиш» дастури қабул қилинди. Шу дастур курсатмаларига амал қилган ҳолда олиб борилган ишлар натижасида безгак касали дунё буйича қамайди, лекин бутунлай тугатила олинмади. Чунки социал омиллар, маблағ етишмовчилиги, плазмодийни ва чивинларни дориларга чидамлилигини ортиши ва бошқа бир қанча сабаблар бу дастурни амалга оширишга тусқинлик қилди. Натижада безгак касалининг табиий учоги уз фаоллигини саклаб қолди ва безгакдан холи булган регионларга безгак кириб кела бошлади. Шу муносабат билан ЖССТнинг XXXII сессиясида янги дастур қабул қилинди. Бу дастурда олдимизга қуйилган ва бажарилиши шарт булган тадбирлардан асосийлари қуйидагилардир:

Безгак касалини бошланғич давридаек тула ва тугри аниқлаш;

Адекват муолажа қилиш;

Иситмаси бор беморларни, биринчи навбатда хориждан келганларни безгак касалига текшириш;

Касал булиб утганларни ҳамда соғлом паразит ташувчиларни диспансер назоратида саклаш.

Безгак касалини ишонарли тарихий учоги Африка қитъаси ҳисобланади. Бу қитъада безгак кузгатувчиси маймунлардан

инсонга утиб урнашиб ва урганиб олишган. Кейинчалик ер куррасининг бошка регионларига таркалган. Безгак касалини географик таркалиш зонасига ва бу чивин организмда спорогония фазасини тугалланишини таъминловчи ташки мухит хароратига боглик. Шундай шароит $62-63^{\circ}$ шимолий кенглик билан 32° жанубий кенглик оралигида мавжуддир.

Африка китъаси халкини 100 фоизи безгак билан огриган. Бу китъада хар йили урта хисобда 1 млн. бола безгакдан вафот этади. Безгак кузгатувчисини ичида куп таркалгани Пл. вивахдир. Бунинг асосий сабабларидан бири бу тур плазмодийнинг хар хил иклимий шароитга мослашиб яшай олиши булса, иккинчиси бемор жигарининг хужайраларида бради ёки гипнопаразитлар холида йиллаб яшаб, сакланиб колишидир.

Мортон (1951 йил) фикрича бутун дунё буйича безгак касалининг 50%, безгакдан вафот этганларнинг 98%ини тропик безгак ташкил килади.

Бизнинг ватанимизда 1957 йилда тропик безгак тури, 1961 йилда эса умуман безгак касали тугатилган.

Овале безгаги асосан гарбий Африкада учрар экан. Гохида эса Янги Гвинея оролида, Филиппинда ва Хиндихитойда учрар экан. Овале безгагини географик арсалини бундай чегараланиши бир томондан чивин организмда спорогония даврининг узок (25° сда 15-16 кун) давом этиши булса, иккинчи томондан бемор организмда гаметоцидларнинг кам микдордалиги ва доимо булмаслигидир, учинчидан бошка регионларда Пл. овалени ташиб юрувчи чивин – А. гамбиани яшамаслигидир.

Безгак узок асрлар давомида Урта Осиёда жуда кент таркалиб, куп талофатларга сабаб булган. Уша даврларда баъзи кишлоклар ахолиси безгакдан деярли батамом кирилиб кетган. 1920-1930 йилларда Бухорода безгак шу даражада куп таркалган эдики, хатто соглом одам топиш кийин булган.

Этиологияси. Бизга плазмодийларнинг 70 дан ортик тури маълум. Шундан 70 хили хайвонларда (маймун, калтакесак, каламуш, кушлар) безгак кузатилади.

Дамине Н.А. (1968 йил), Фонг, Садоган (1971 йил) фикрларига караганда безгакни маймунларда кузгатувчисини Пл. кноуленси, Пл. сйномалги, Пл. сйномалги бостиансли, Пл. инуи, Пл. брасилиамум, Пл. шортии, Пл. симиумлар факат тажрибада эмас балки табиий

шароитда ҳам безгак касалини кузгатиши мумкин ва чивинлар ердамида соғлом одамга юкиши мумкин экан.

Одамларда паразитлик қилувчи плазмодиялар куйидагилардир (1-расм):

- Рласмодиумвивах – уч унлик безгак (малариатертнана) кўзгатувчиси;
- Рласмодиуммалариае – турт кунлик безгак (малариаквартана) кўзгатувчиси;
- Рласмодиумфалсирарум – тропик безгак (малариатрорисе) кўзгатувчиси;
- Рласмодиум овале – уч кунлик типидаги безгак (овалемалариа) кўзгатувчиси



21-расм. Безгак кўзгатувчиларини кўриниши.

Безгак - бу 4 хил безгак кузгатувчиси оркали чакириладиган, периодик иситма, жигар ва талок катталашиши билан характерланадиган ва табиий шароитларда Анопхелес туридаги чивинлар оркали юкадиган касаллик.

Чивиннинг хаётий цикли. Куйидаги боскичлардан иборат: тухум – личинка – кугирчок – катта ешли тури (имаго). Биринчи 3 боскич сувли мухитда (сув хавзаларида), охиригиси хаво мухитда ривожланади. Паразит ривожланиши учун хаво харорати 16°C паст булмаслиги керак. Кон билан озиклангандан сунг тухумларни тулик стилиши учун чивин 2 кунни утказиши мумкин. Конни факат чивин ургочиси суради. Совук мухитларда чивинлар уйку боскичига утишади. Спорогония – безгак паразитларининг чивин организмда ривожланиш жараёни. Зарарланган одам конни сурганда, чивин

ургочиси безгак паразитлари билан озикланади. Паразитларнинг жинсий купайиши чивин ошкозонида утади, макрогамета хосил булади, у эркак гаметаси билан кушилади ва зигота – оокинета-ооциста – спорозоитлар хосил булади. Спорозоитлар чивиннинг сулак безларида (10000 якин) 1-2 ойгача сакланади ва одамнинг чакканида тери ярасига ажралади ва заралайди. Экзоэритроцитар шизогонияинкубацион давргатугри келади. Бу безгак паразитларининг жигарда купайиш боскичи хисобланади. Тропик безгакда 1 жигар хужайрасида 1 спорозоитдан 40 мингта мерозоитлар ривожланади. Жигарда плазмодияларнинг ривожланиш давомийлиги 6 суткани ташкил қилади. Мерозоитлар хосил булагандан сунг хужайра ерилади ва улар конга чиқади. Бу клиник инкубация даврига тугри келади ва 7 сутка атрофида булади. 3-кунлик безгакда 1 жигар хужайрасида 1 спорозоитдан 20 мингга якин мерозоитлар ривожланади. Жигар хужайраларида ривожланган спорозоитлар – тахиспорозоитлар, ривожланишдан орқада колганлари – (уйкучан) брадиспорозоитлар. Бунга боғлиқ равишда инкубацион даври 8 суткадан 5-18 ойгача давом этади.

Эритроцитар шизогония. Бу фазада паразитлар куп марта циклик мерозоит, трофозоит ва шизонт боскичларини утайдилар. Эритроцитлар парчаланганда эритроцитар шизонт парчаланиши натижасида хосил булган мерозоитлар конга чиқади, у ерда макрофаглар томонидан шизонтларнинг бир қисми фагоцитозга учрайди, бошқа қисми янги эритроциталарга киради. П. Фалсипарумдан 12-24 та, П. Вивахдан – 12-18 мерозоитлар хосил булади. П. Фалсипарумва П. Вивахда бу цикл периодик кайтланади – 2 сутка.

Чивиннинг хаётий цикли

- Куйидаги боскичлардан иборат: тухум – личинка – кугирчок – катта ешли тури (имаго).
- Биринчи 3 боскич сувли мухитда (сув хавзаларида), охиргиси хаво мухитда ривожланади.
- Паразит ривожланиши учун хаво харорати 16°C паст булмаслиги керак. Кон билан озиклангандан сунг тухумларни тулик етилиши учун чивин 2 кунни утказиши мумкин.
- Конни факат чивин ургочиси суради.
- Совук мухитларда чивинлар уйку боскичига утишади

- Безгак плазмодияларини ҳаёт тарзи икки хил (жинсий ва жинсиз) кўпайиш жараёнидан иборат. Плазмодияларнинг бир мавсумдан иккинчи мавсумгача сақланиши фақат одам организмида содир бўлади. Паразитнинг жинсий кўпайиши – спорогония ургочи Анорхелес чивини (охирги хўжайин) организмида кечади.

- Чивиннинг ошқозонига тушган, зарарланган одам қони эритроцитидан етилган гаметоцитлар ажралиб чиқади. Эркак хужайра 8 та ҳаракатчан хивчинларга – микрогаметаларга бўлиниб ургочи (макрогаметалар) га киради.

- Буларнинг иккисини қўшилишидан зиготалар – уруғланган, юмалок, шаклдаги хужайралар пайдо бўлади.

- 18-24 соат давомида зигота чўзилиб ҳаракатчан оокинета пайдо бўлади ва ҳаракатланиб чивин ошқозонининг эндотелия хужайралари орасига, унинг базал мембранаси остига ўтиб олади.

- Бу ерда оокинеталар қобиққа ўралиб ооциста ҳосил қилади.

- Ооциста ичида паразит, ядронинг кўплаб бўлиниши йўли билан кўпайиб, жуда кўп (10000 гача, Р.фалсирарум да 50000 гача) хужайра – спорозоитлар ҳосил бўлади. Битта чивин танасида, у турли паразит ташувчиларни чаққанлиги туфайли, юзлаб ооцисталар бўлиб, уларнинг ичида жуда кўп миқдорда генетик турли спорозоитлар бўлиши мумкин.

- Касалликни юқиши учун безгак чивинини бир марта чақиши етарли бўлмаслиги мумкин. Қайта-қайта чақиши оқибатида битта безгак чивини бирнеча одамни касаллантириши мумкин.

- Чивин чақиши билан одам организмига тушган паразитлар жинсиз бўлиниш – шизогония йўли билан кўпаяди.

- Бу жараён икки босқичда кечади: жигар хужайраларида – экзоэритроцитар ёки тўқима шизогонияси ва эритроцитларда – эритроцитаршизогония.

- Безгак чивини чаққанда одам организмига тушган спорозоитлар 15-45 дақиқа ичида жигарга тушиб, гепатоцитларга кириб оладилар (тўқима трофозоитлари) ва тўқима шизонтларига айланадилар. Гепатоцитларда паразитнинг ўсиши ва паразитнинг бир неча бор бўлиниши туфайли минглаб майда, битта ядроли тўқима мерозоитлари пайдо бўлади ва етилган мерозоитлар жигардан (гепатоцитлар ёрилади) қонга эритроцитларга ўтади ва эритроцитар шизогония бошланади.

- Спорозоитлардан пайдо бўлган тўкима паразитларининг барчаси ёки уларнинг бир қисми жигар хужайраларида узок вақт (ярим йилдан уч йилгача) қарахт ҳолатда сақланиши ва кейинчалик ривожланиб эритроцитларга ўтиши мумкин. Паразитнинг бундай турларини «уйқудаги турлар» ёки гипнозоитлар деб аталади. Бу ҳолат спорозоитларни фенотипик гетерогенлик хусусиятларига боғлиқ бўлиб у спорозоитларни тез (тахиспорозоит) ёки секин (брадиспорозоит) ривожланиши туфайлидир.

- Эритроцитар шизогония – мерозоитлар эритроцитларга кирганидан 2-3 соат ўтгач катталаниб ёш трофозонтга айланади. Кейинчалик шизонт ва мерозоит даврига ўтади ва эритроцит парчаланиб, қонга тушади.

Безгакни кузгатувчи паразит уз ҳаёт фаолияти давомида хужайинини узгартириб мураккаб ривожланиш жараёнини босиб утади. Анофелес организмида жинсий ривожланиш даврини (спорогония) умурткали хужайин одам организмида жинссиз ривожланиш (шизогония) даврини утади (1-расм).

Спорогония. Анофелес чивинини ургочиси безгак билан оғриган беморни еки соғлом паразит ташувчини чакканда қон билан бирга чивин меъдасига микро- ва макрогаметацитлар тушади. Микрогамета узидан 4-8тача хивчин чиқариб, макрогаметага урчитади. Урчиган хужайра зигота давридан спороцисталар давригача ривожланиб узидан 10000тача спорозоитлар ҳосил қилади. Кейинчалик спороциста ерилиб, спорозоитлар сулак беши орқали ажрала бошлайди. Спорогония даври Пл. виваҳда – 10 кун, Пл. фалсипарумда – 12 кун, Пл. овале, Пл. малариада – 16 кун давом этади. Шундай чивин соғлом инсонни чакканда қон суриши билан бирга инсон организмига спорозоитларни юктиради ва инсон организмида жинссиз ривожланиш (шизогония) даври бошланади.

Шизогония: Инсон организмида безгак кузгатувчиси хужайра шизогония ва эритроцитар шизогония даврини утади. Спорозоитлар инсон қонига тушгач ярим соат давомида қонда айланиб юрадлар. Сунгра гепатоцитлар ичига қира бошлайдилар. Гепатоцитларда хужайра трофозоити ва хужайра шизонди даврини босиб утиб хужайра мерозоити давригача ривожланади. Бунда Пл. виваҳда 1та спорозоитдан 10000тагача, тропик безгакда 40000-50000тагача, турт

кунлик безгакда эса 75000тагача, овале безгагида 15000тагача мерозоитлар хосил булади. Купайиш булиниш йули билан булади. Хужайра шизогония даври уч кунлик безгакда 6 кун, тропик безгакда 8 кун, овале безгагида ва турт кунлик безгакда 15 кун давом этади. Бундай киска вакт ичида хужайра шизогонияси даврини тугалланиши тахиспорозоитларга таълукли, Пл. вивах спорозоитлари политипик булгани учун (уларнинг маълум бир кисми) брадиспорозоитлар, гипноспорозоитлар (хужайра шизогония даврини бирмунча кечрок) 8-14 ойдан сунг тугаллашлари натижасида касалликни яширин даврини узайтиришда ёки кечикиб келадиган рецидивга сабабчи буладилар.

Эритроцитар шизогониянинг бошланиш даврида жигар хужайраларидан чиккан мерозоитлар кизил кон таначаларининг мембранасидаги антигенлар билан узаро муносабатда буладилар (Пл. фалсипарум гликофоринлар билан, Пл. вивах эса Даффи изоантигенлари Фя-Фй^б билан, ва хоказо) ва вакуола хосил килиб эритроцитлар ичига кириб оладилар ва ривожланишни давом эттирадилар. Эритроцитларни ичида паразит ёш трофозоит фазасидан эритроцитар шизонт давригача улгаяди ва булинган эритроцитар мерозоит хосил булади (безгак кузгатувчиси турига караб 6-24гача). Хужайра эритроцитар шизогония даври – Пл. вивах, Пл. овале ва Пл. фалсипарумларда 48 соатда, Пл. малариада 72 соатда тугалланади. Бу даврда Пл. вивах ва Пл. овале ёш эритроцитларда (ретикулоцитларда) паразитлик килса, Пл. малариа балогат ёшидаги эритроцитларда, Пл. фалсипарум эса хамма ёшдаги эритроцитларда яшайди. Эритроцитлардан чиккан мерозоитларнинг бир кисми яна кайтадан эритроцитларга кириб, олдинги боскични кайтадан босиб утса, колган кисми жинсий хужайраларга (микро- ва макрогаметоцитларга) айланади.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи – бемор ёки паразит ташувчи. Безгак 4 йул билан юкиши мумкин:

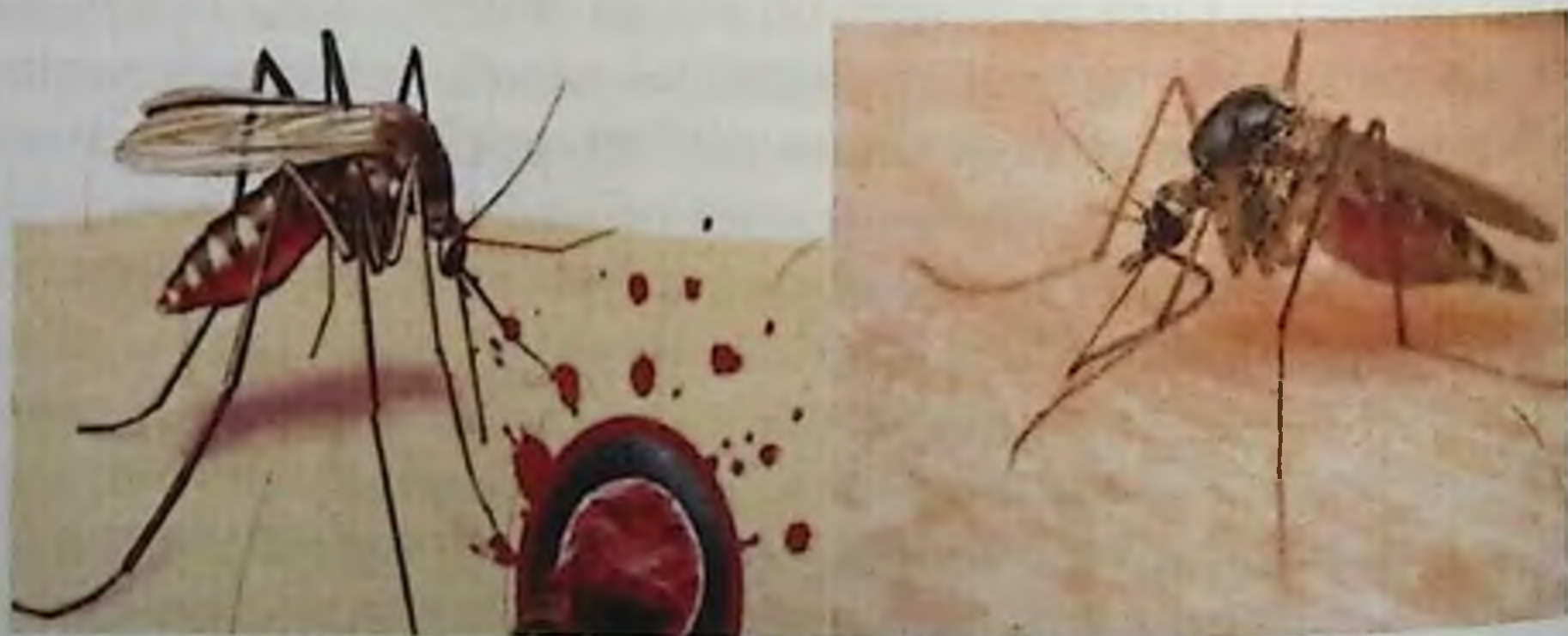
- Чивинлар чакиши оркали;
- Онадан хомилага ёки янги тугилган чакалокка утиши ;
- Парентерал муолажаларда – зарарланган кон оркали;
- Зарарланган кон билан ифлосланган турли инструментлар булиши мумкин.

Безгак инфекциялари фазалари:

- Бирламчи латент даври – зарарланган вақтдан то паразитларни конга чиқишигача булган давр.
- Паразитологик инкубация – зарарланган вақтдан то паразитларни конда аниқланишигача булган вақт.
- Инкубацион давр (клиник инкубация) – зарарланган вақтдан то пироген босқичгача ва иситма пораксизмалари пайдо булгунча булган давр.
- Трофик безгакда инкубацион давр давомийлиги – 7 кун, 3-кунлик ва овале- безгакда – 11 кун, 4-кунликда – 25 кун.

Пирогенли даража. Иситма чиқара оладиган паразитларнинг кондаги минимал концентрацияси ҳисобланади. Безгак билан биринчи марта касаланганларда пироген даража 1 мклда паразитлар бир нечтадан то бир неча унликларгача булиши мумкин. Иммунитети қисман юқориларда 1 мклда бир неча мингликлар даражасигача булиши мумкин. «Калин томчи» усулида аниқланган паразитларнинг минимал концентрацияси – аниқланиш даражаси ҳисобланади (0,2 мл кон курилганда 1 мклда 5 та паразитларнинг аниқланиши)

Табиий шароитда безгак – антропоноз, трансмиссив инвазиядир. Шунинг билан биргаликда трансмиссив инфекциялар ичида энг куп тарқалганидир. Безгак каалини кузгатувчисини манбаи бемор ёки соғлом паразит ташувчидир. Табиий шароитда безгакни бирдан-бир юқиш йули трансмиссив йул булиб, касалликни юқиши уз танасида спорогония даврини тугаллатган анофелес чивинининг ургочиси соғлом одамни чакканда руй беради (2-расм).



22-расм. Анофелес чивинининг ташиқи кўриниши

Анофелес чивинининг купаядиган жойи кичик, секин окадиган, яхши илийдиган (анофелоген) сув хавзаларидир. Чивиннинг ривожланиш даври ташки мухитни хароратига караб 2-4-5 хафта ва ундан куп давом этиши мумкин, хамда тухум – личинка – кугирчок – имаго (капалак) фазаларини босиб утади. Ташки мухитни харорати 10°C дан паст булса чивинни ривожланиши тухтайди. Шунинг учун паст ва уртача иклимли шароитда чивинни 1-3 генерацияси, иклими иссик жойларда 8-10 генерацияси тугалланилади. Бу эса уз навбатида тропик иклимли мамлакатларда плазмодийни интенсив равишда юкишига имкон яратади.

Урчиган ургочи чивин 3 км радиус атрофида учиб юриб инсон конини суриб (антропофил тури) ёки хайвонлар конини суриб (зоофил тури) овкатланади ва тухум ривожлангунча табиий шароитда (экзофил тури) ёки курилган иморатлар ичида (эндофил тури) сурган конини хазм килиб беркиниб ётади. Ундан сунг етилган тухумини сув хавзаларига куяди. Кайтадан урчигандан кейин яна кон суради. Кон сургандан то тухум куйгунча булган давр (гонодотрофик даври) ташки мухитни хароратига караб 30°C да 2 кундан 15°C да 7-10 кунгача давом этади. Иссик иклимда 2-3 марта ва уртача иклимли шароитда 5-6 марта гонодотроф даврини кечирган ургочи чивин эпидемиологик нуктаи назардан ута хавфли чивин хисобланади. Чунки бу давргача келиб бу чивинни сулак безларида куп микдорда спорозоитлар йигилгани учун касаллик юктириш кобилиятига эга булади. Бундай чивинлар уртача иклимли шароитда 1,5-2 ой давомида, субтропик иклимли шароитда 5-6 ой давомида касаллик юктириши мумкин. Касаллик манбаи – периферик қонида жинсий етилган безгак плазмодиялари (гаметоцитлар) бўлган – бемор ёки паразит ташувчи одам бўлиши мумкин. Асосий юқиш йўли – трансмиссив йўл, айрим холларда парентерал йўл билан юқади, хомиладор аёлларда – болага вертикал йўли билан ўтади. Тропик иклимли ўлкаларда безгакни юқиши бутун йил давомида, субтропик ва мўътадил иклимий худудларда – ёз-куз ойларида содир бўлади. Чивиндан ташқари йўллар билан юккан безгак, шизонтли безгак деб аталади. Бундай юқиш кўпроқ тўрт кунлик безгакга хос.

Трасмиссив йулдан ташқари безгак парентерал ва трансплацентар (вертикал) йул билан (шизонтли инвазия) юқиши мумкин. Беморга кон куйилганда ёки кон билан зарарланган тиббиёт

асбоблари ишлатилганда безгакни хар бир турини кузгатувчиси парентерал йул билан юкиши мумкин. Чунки турт кунлик безгакни кузгатувчиси бемор конида 25 йилдан купрок давргача персистенцияланган холда сакланиб колиши мумкин. Плазмодийлар донор конида 1-2 хафтагача яшай олади.

Плазмодийни вертикал йул билан хомилага угиш холлари безгакни гипо ва мезоэндемик учогида иммунитети паст булган, тропик безгак билан огриган хомиладор аёлларда кузатилади. Безгакни голо ва гиперэндемик учогида касаллик чакалок тугилаётган вақта юкиши мумкин.

Безгакка карши табиий иммунитет йук, демак конга плазмодиум тушганда хамма касалланверади. Безгак билан огриган бемор организмида узок чузилмайдиган, факат уз турнга таъсир киладиган ностерил иммунитет ривожланади. Шу сабабли маълум бир вакт утгачгина беморга безгакнинг бошка тури ёки яна шу тури кайтадан юкиши мумкин. Кайта-кайта безгак юкиши натижасида одамда доим иммунитет сакланиши мумкин. Катта ёшдаги болаларда ва катталарда иммунитет пайдо була бошлагани учун безгакни енгил, кам белгили ёки паразит ташувчи формалари кузатилади. Шунга карамасдан айрим инсонлар безгак билан огринмаслиги мумкин. Масалан, безгакни юкиш даражаси юкори булган эндемик учогда янги тугилган чакалоклар 2-5 ойгача пассив иммунитет /трансплацентар ёки кукрак сути оркали утган/ булганлиги учун, ёки чакалокнинг конидаги фетал РЬФ факторни плазмодиум учун зарур булган парааминобензоат кислотаси етишмаслиги натижасида касаллик ривожланмайди. Гарбий Африкада яшовчи утрок халклар ва уларни бошка давлатлардаги вакилларининг кизил кон таначаларида плазмодиум учун рецептор вазифасини бажарувчи Дуффй антигени (Фя, Фй^б антигенлари) булмагани учун Пл. вивах келтириб чиқарувчи уч кунлик безгак билан огримайдилар.

Г-6-ФД етишмовчилигида β -талассемиядан, аномал ХбС ташувчиларда тропик безгакка сезувчанлик кам булади. Булар касалликни енгил, белгисиз холда утказадилар.

БССТ классификациясига (1964 йил) биноан талок индекси буйича (текширилганлар ичида талок хажми катталашганларни сони) безгакни 4 хил эндемик учоги фаркланади:

- гипозндемик – 2-9 ёшгача булган болалар талок индекси 10%гача;
- мезозндемик – 2-9 ёшгача булган болалар талок индекси 11-50%
- гиперзндемик – 2-9 ёшгача булган болалар талок индекси 50%дан ошади ва катталарда хам юкори булади;
- голозндемик – кукрак ёшидаги болаларда паразитар индекс доимо 75%дан куп катталарда талок индекси юкори (Янги Гвинея типи) ёки паст (Африка типи).

Касаллик энг куп таркалиши хавфи голозндемик учогда булади ва купинча ёш болаларда уткир ёки жуда огир формада кечади. Мезо- ва гипозндемик учогда касалликни таркалиш хавфи кам булади ва болаларда хам, катталарда хам уткир формада кечади, лекин касалликни умумий сони юкори булмайди.

Патогенези. Анофелес чивинини ургочиси соглом одамни чакканида сулаги оркали организмга тушган спорозоитлар 30 дакикадан 1 соатгача конда айланиб юради ва сунтра гепатоцитларга утира бошлайди. Спорозоитларни гепатоцитлар ичига кириб олиб булиниб купайиши сезиларли патологик ва иммунологик узгаришлар чакирмайди ва шунинг учун бу даврда касалликни клиник белгилари булмайди. Асосий паофизиологик узгаришлар ва булар билан боглик булган безгакнинг клиник белгилари эритроцитар шизогония даврини тугалланиши хамда конда плазмодиумларни микдори маълум бир даражагача кутарилишига боглик («пироген бусага» даражаси дейилади). Паразитни бундай микдорда конда тупланиши ва унинг учун керак булган вақтни ахамияти плазмодиумни турига ва организмнинг иммунобиологик холатига боглик. Чунки безгакка нисбатан иммунитети булмаган кишиларда пироген бусагаси юкори булмайди (1 мкл конда бир неча ундан юзтагача булиши мумкин), безгакка иммунитети булган, яъни илгари безгак билан огриб утган кишиларда паразитни микдори куп булса хам касалликни клиник белгилари номоён булмаслиги мумкин («совук паразитташувчи» деб юритилади). Эритроцитар шизогония даврининг бошланишида конда паразитларнинг микдори кам булиши мумкин, пироген бусага даражасига етмаган булиши мумкин (йугон томчида 100 катак куриб чикилганда 1 мкл конда 5тадан кам паразит аникланса). Буни субпатент паразитемия холати дейилади.

Эритроцитар шизогония даврий кечиши жараёнида конда кизил кон таначаларини парчаланиши натижасида паразитларни ва улар антигенини, метаболитларини микдори оша бошлайди, эндоген пироген моддаларни фаоллиги орта бошлайди. Буларнинг хаммаси патофизиологик хамда иммунитетни узгаришига, организмдаги бир катор системаларни вазифасини ва тузилишини узгаришига сабаб булади (биринчи атака фазаси).

Эритроцитар шизогония даврида куп микдорда конга тушган эндо- ва экзоген пироген моддалар танани хароратини идора этувчи марказга таъсир килиши натижасида «совук котиб титраш», «исиб кетиш» ва «терлаш» билан алмашилиб келадиган фазаларга эга булган интермиттирлашган иситмани келтириб чикаради. Иситмали пароксизмал хуружни ривожланишида конга кайтадан тушаётган паразитни ва кизил кон таначаларини оксил моддаларини аллергик эффектини ахамияти катта, натижада гистамин, сератонин, катехоламинлар, кининлар ва бошка биологик фаол моддаларнинг фаоллиги ошади. Бу уз навбатида гемодинамик ва вегетатив узгаришларга сабаб булади, жумладан, периферик кон томирларни олдин спазм холатига утиши натижасида бемор совук котиб титраса, сунгра кенгайиши натижасида бемор исиб кетиб терлаши кучаяди.

Касалликни бошлангич даврида уч кунлик ва тропик безгакларда плазмодиумлар хар хил генерация даврида булганликлари учун эритроцитар шизогония асинхрон равишда утади. Шунинг учун пароксизмал хуруж хам хар хил нотекисравишда булади. Кейинчалик гуморал иммунитет таъсирида, фатоцитоз реакцияси хисобига, модда алмашинуви хисобига хосил булган кераксиз моддаларнинг нейтралланиши ёки организмдан хар хил йуллар билан чикиб кетиши натижасида паразитни даврий булиниши руёбга келади ва танани харорати вактинча пасаяди, навбатдаги эритроцитар шизогония тугагач танани харорати яна кутарилади (Йолги конуни) (2-расм) регуляр интермиттирлашган иситмани келиб чикиши.

Тропик безгакда айникса иммунитетни йук шахсларда бемор организмда огир патофизиологик узгаришлар руй бериши муносабати билан бир катор организмнинг ва системанинг фаолиятини бузилиши кузатилади. Эритроцитларнинг физикавий ва кимёвий хоссаларини хамда мембранасининг эластиклигини узгариши хисобига кизил кон таначалари капиллярлардан

секинлашиб уга бошлайди. Айрим холларада стаз холати руй беради, «паразитар тромб» хосил булиши натижасида органларда микроциркуляция бузилади. Тропик безгакни огир формаларида гемостазни бузилиши хисобига ДВС синдромини ривожланиши, специфик /ва носпецифик/ иммунологик реакциялар даврида конгатушастган бир катор биоген аминлар таъсири натижасида гемодинамик узгаришлар чуқурлашади, окибатда туқималарда гипоксия холати ривожланади ва бош мияда, буйракда жигарда, ичакда ва бошка органларда дистрофик ва некробиотик узгаришлар кузатилади. Шунингдек кон томирларда гемолиз холати, гемоглабинурия асорати руй беради. Иммунитети булмаган шахсларда паразитемияни тез ва юкори даражада ривожланиши натижасида юкорида келтирилган патологик узгаришлар бир неча кун утгач кузатилиши мумкин ва уткир буйрак етишмовчилиги, безгак комаси, карахтлики ва бошка асоратлар шаклида номосен булади.

Моноцитар-фагоцитоз системасини фаоллигини ошиши ва элементларини пролиферация килиниши хисобига талокни, жигарни хажми катталашади, ва анемия, лейкопенияга мойиллик ва тромбоцитопения холатлари кузатилади.

Эритроцитар шизогония жараёнида инвазияга учраган кизил кон таначаларини парчаланиши, мембранасига эрувчан безгак антигенини ва комплементини адсорбция килган эритроцитларни гемолизга учраши, гемопозни секинлаштирувчи гиперспленизм феномени, паразитларни модда алмашинуви натижасида хосил булган кераксиз моддаларни суяк миясига захарли таъсир курсатиши ва бошка омиллар, кам конликни келиб чиқишига, ривожланишига, факат паразитемия даврида эмас, балки реконвалесценция даврида ҳам таъсирини курсатиши мумкин.

Конга паразитларни тушиши фагоцитозни кучайтиради, антитаначаларни ишлаб чиқарилишини тезлаштиради, айникса ИгМ ва ИгГ ларни ишлаб чиқарилиши тезлашади. Агглютининлар плазмадиумни эритроцидларга киришига каршилики курсатса, опсонинлар фагоцитозни тезлаштиради, Т ва В лимфоцитларнинг функционал холати узгаради. Натижада безгакка карши иммунитет пайдо булиши хисобига конда плазмодиумни микдори субпатент /субпироген/ даражагача камаяди ва секин асталик билан пароксизмал хуруж пасая боради кейинчалик бутунлай тухтайди.

Юкорида келтирилган жараёнлар даволанмаган беморларда бирламчи безгакда /безгакнинг бирламчи атакасида/ кузатидади ва уз ичига 10-14 пароксизмал хуружни опади.

Катор бирламчи пароксизмал хуружлар хосиласи сифатида юзага келатган иммунитетни айрим холларда этишмаслиги натижасида плазмодиумни микдори ошиб кетиб синхрон равишда, интермиттирлашган типдаги иситма ва камрок патофизиологик узгаришлар билан кечадиган эритроцитар рецидивга сабаб булади. Лекин купинча даволанмаган холларда бирламчи атака окибати улим билан тугалланади, ёки маълум бир давргача /2 ойгача/ паразит ташувчи булиб колиши мумкин. Умуман олганда тропик безгакда инвазион жараён 1 йилгача /айрим холларда 1,5-2 йилгача/ давом этади.

Турт кунлик безгакни даволанмаган холларда бирламчи атакадан сунг паразитемия бир неча йил /2-3 йилдан то унлаб йилгача/ мобайнида субпатент еки субпироген холатида сакланиб колиши, бир неча йиллардан айрим холларда унлаб йиллардан сунг эритроцитар рецидивга сабаб булиши мумкин.

Пл. вивах ва Пл. овале кузгатган уч кунлик безгакда бирламчи атакалардан ёки вақтли кузатилган эритроцитар рецидивдан сунг эритроцитар шизогония тухтайди, лекин 2 ой ундан оширок вақт утганидан сунг гипнозиотлар хисобига тугалланган хужайра шизогонияси на-тижасида конга хйжайра мерозонтларини янги популяцияси чиқади ва хакикий экзоэритроцитар еки узок вақтдан сунг кузатиладиган рецидивга сабаб булади. Умуман инвазион процесс 1,5-2 йилдан то 4 йилгача ва /Пл. оваледа/ ундан узокрок булиши мумкин. Шизонт безгаги кузгатувчисини туридан катъий назар рецидивсиз кечади.

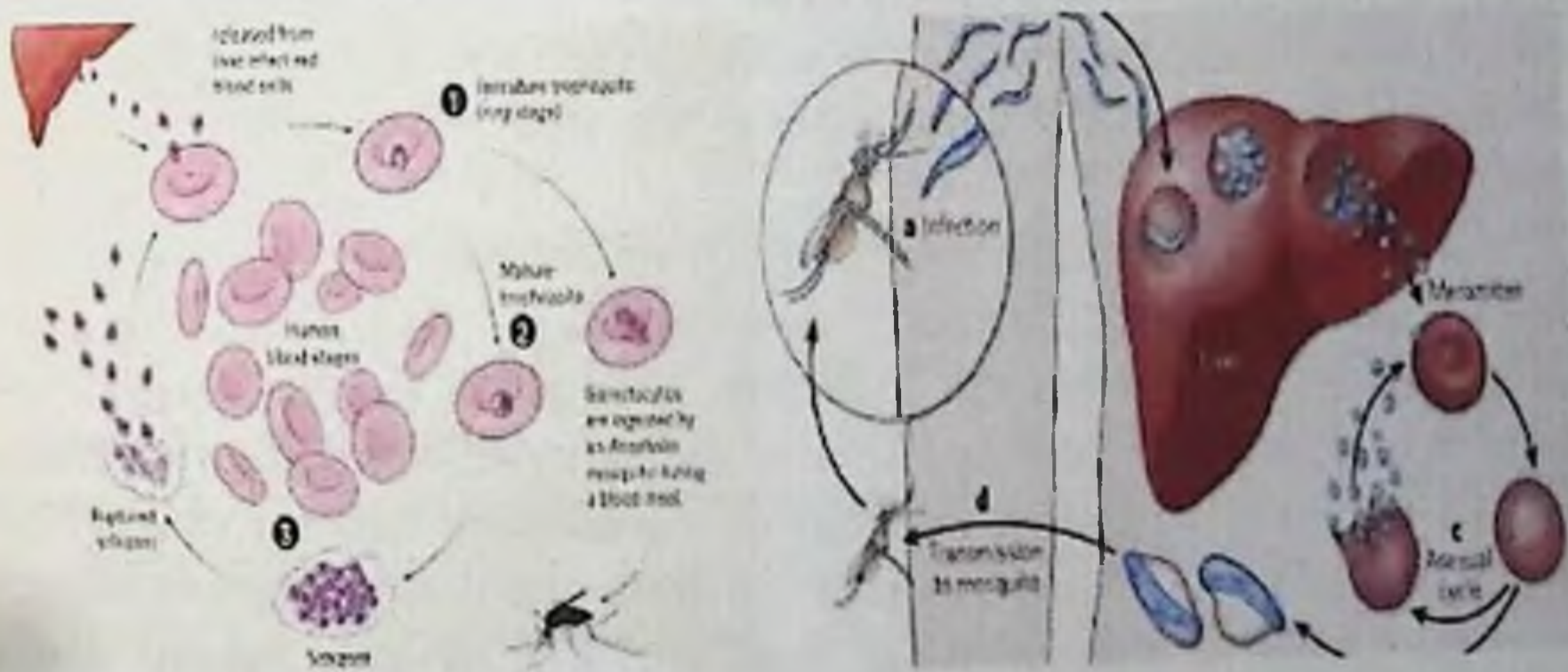
Хар хил тукумалар ва органлардаги морфологик узгаришлар МФС /моноцитар фагоцитоз системаси/ни элементларини гиперплазияга учраши билан безгак пигментини чукиши ва тукумаларни аспид-кулранг рангга буялиши билан характерланади. Жигар хажми катталашади, узида улган эритроцитларни, плазмодиумларни ва безгак пигментини сакловчи юлдузсимон ретикулоэндотелиоцитларни пролиферацияси кузатилади. Уткир безгак гепатитида фокал, марказий, лобуляр некрозлар, гепатоцитларни егли ва оксилли дистрофияси, жигар вена кон томирларини шохларини спазм холатлари кузатилади. Куп маротаба

реинфекция булганда жигарда хар хил даражадаги фиброз холатлари кузатилади.

Талокни хажми катталашиб, конга тулишади, гемомеланинг чукканлиги учун кора рангда булади. Фолликулаларни гиперплазияси, ретикуляр хужайраларни пролиферацияси, ретикуляр хужайраларни пролиферацияси, кон тукималарида ва макрофогал элементларда куплаб микдорда плазмодиумларни булиши характерлидир. Куп холларда талок инфаркти, талок капсуласи остита кон куйилиши аломатлари кузатилади, айрим холларда ёрилиб кетади.

Безгак комасидан вафот этганларнинг бош мясида шиш, кон куйилиши, капиллярларнинг кенгайиши ва инвазияга учраган эритроцитлар билан тулиб турганлигини ва менингоэнцефалит аломатлари кузатилади. Миокардда, улка паренхимасида, буйрак усти безида, ичакда ва бошка аъзоларда дистрофик ва микроциркулятор узгаришлар кузатилади.

Буйракда интерстициал нефрит ва уткир тубуляр некроз руй беради, конга тулишиб хажми катталашади. Колтокчаларига ИгМ-, ИгГ- компонентларни, безгак антигенини чукканлиги аникланади.



3-расм. Безгак патогенези

• Безгак хуружи – ичида паразит кўпайган эритроцитларни ёрилиши (моруляция) туфайли конга тушган мерозонтлар, безгак пигментлари, плазмодияларнинг метаболик хосилалари, эркин гемоглобин, эритроцит парчалари ва бошқалар таъсирида хароратни бошқарувчи марказни қаттиқ китикланиши оқибатида иситма реакциясининг юзага келишидир. Шу жараён, эритроцитар шизогония қатъий тартибда кечганлиги туфайли, тропик ва уч

кунлик безгакларда ҳар 48 соатда, тўрт кунлик безгакда эса ҳар 72 соатда такрорланади. Бироқ безгак юққанида одам организмига паразитнинг гетероген (турли хил) популяцияси тушганлиги туфайли, шизогония бошланғич даврида тартибсиз кечиши ва иситма ҳам нотўғри типда бўлиши мумкин. Организмда иммунологик реакция ортиб боргани сари паразитнинг фақат битта етакчи генерацияси эритроцитларда яшаб қолади ва иситма ритми шу турга хос ҳолда бўлади.

- Лекин бу паразитлар орасида антогонистик муносабатлар мавжуд. Иситма ҳужраларини тартибсиз бўлиши, иммунологик система фаолияти бузилганда ёки қўшимча (иккиламчи) инфекция қўшилганда ҳам кузатилиши мумкин.

- Иситма ва касалликнинг бошқа бирламчи белгилари, қонда парчаланган эритроцитлар сони маълум бир даражага – пироген бўсағага (пироген реакция юзага келиши учун зарур бўлган паразитемия даражаси) етган тақдирдагина юзага келади.

- Безгакда албатта, қон-томир деворлари, айниқса капиллярлар жароҳатланади ва оқибатда қон димланиши, эритроцитар тромбларни пайдо бўлиши, ўтказувчанликни бузилиши, бинобарин, паренхиматоз ҳужайраларда (жигар, мия ва б.) кислород етишмовчилиги, сероз яллиғланиш ва некробиотик ўзгаришлар кузатилади.

- Тропик безгакда эритроцитар шизогония асосан бош мия, жигар, буйрак, ичак, талок, суяк кўмиги, панкреас, плацента капиллярларида кечганлиги туфайли маҳаллий гемодинамика кўп даражада бузилиб, тромбоз, некроз ва гранулемалар юзага келади. Бошқа плазмодияларда эритроцитар шизогония асосан периферик қонда кечганлиги сабабли, бундай ўзгаришлар камроқ кузатилади.

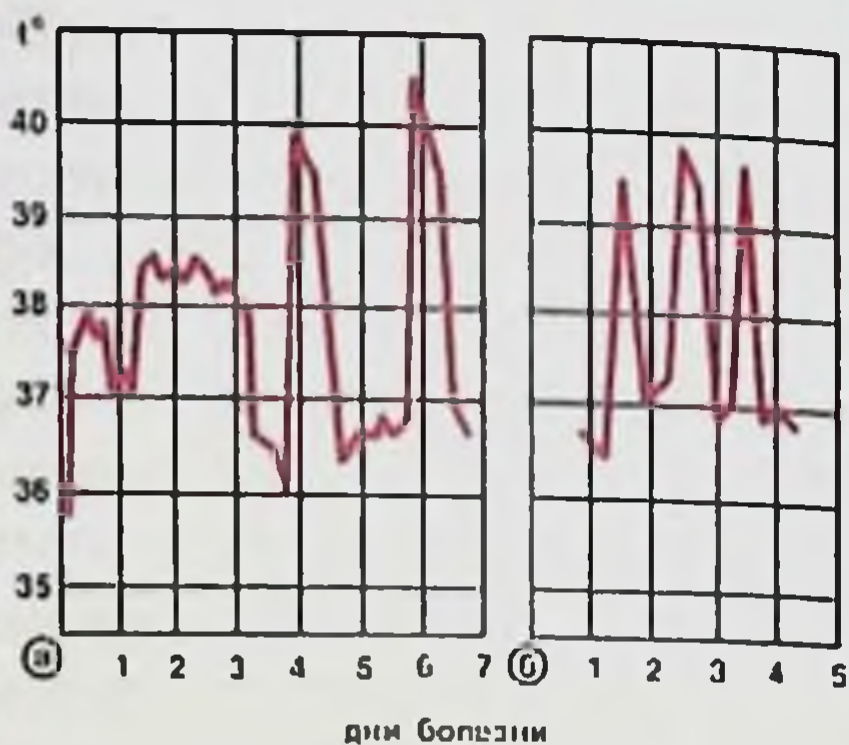
- Аллергик реакциянинг оқибати ўлароқ қон томир ичида тарқоқ қон ивиш (ДВС) синдроми ва тромбоцитопениянинг ривожланиши микроциркуляция бузилишини янада чуқурлаштириб геморрагик синдром, энцефалопатия ва нефропатия (азотемия ва олигурия билан) ривожланишига олиб келади. Тропик безгакда тез кўпайган паразит, парчаланган эритроцитлар ва эндопирогенларни умумий қон оқимида тушиши и н ф е к ц и о н - т о к с и к ш о к ривожланишига ва у безгак к о м а с и г а олиб келади.

- Безгакда – бронхит, бронхиал астма, плеврит, аллергик артрит, энтерит ва колит, уртикар тошма ва бошқаларни бўлиши ҳам аллергик реакция билан боғлиқ.

- Безгакнинг ҳамма турларида ҳам албатта анемия ривожланиши етакчи белгилардан ҳисобланади. Камконликни ортик ёки кам бўлиши инвазия даражасига ва касалликни давомийлигига боғлиқ. Тропик безгакда анемия барвақт ривожланади ва кучли бўлади, чунки буида эритроцитларни парчаланиши тез ва кўп бўлади. Бундан ташқари талок ретикулоэндотелиал элементларининг гиперплазияси гемопозни сусайтириб, анемия ва тромбоцитопенияни кучайтиради.

- Паразитемия унча кучли бўлмаган тақдирда ҳам баъзан безгакда анемиянинг оғир бўлишининг боиси – аутоиммун жараёндинр. Бемор конида эритроцитларга карши ИгМ га мансуб антителолар, ҳамда зарарланмаган эритроцитлар юзасида комплимент аниқланади.

Клиникаси. Иситма пароксизмаси. Бу йуналтирилган синдром – 3 компонент иборат: калтираш, иссиклик,, тер ажралиши.Калтираш пайтида-бемор ураниб етганига карамасдан хеч исимаиди, териси кукукимтир окаради, музлайди, бошда, белда оек-кулларда кучли огрик,кайид килиш кузатилади.2-3 соатдан сунг иссиклик кузатилади, т-39-40•С безовталанади,токсикоз кучаяди,тери курук,кизарган тахикардия ,хансираш.5-6 соатдан сунг терлаш кузатилади- т- 37-36,7- бемор тинчланади ва уйкуга кетадиХуружлар 8 –12 соат давом этади, тропик безгакда бир суткагача чузилиши мумкин.Безгак инфекциясини умумий чизгилари. Безгак кечиши турлича – амалий симптомсиз шакллардан то хаёт учун хавфли асоратлар билан кечадиган энг оғир шаклларигача булиши мумкин. Инкубацион давр давомийлиги безгак турига, бемор ёшига ва иммун холатига караб 8-30 кун булиши мумкин.Продромал давр – тез чарчаш, бош огриши, эт увишиши, бугимларда огрик, кунгил айниш, кайт килиш, иштаханинг йуколиш. убфебрилитет булиши мумкин .Безгак пароксизмалари : 3-кунликда хар 48 соат давомида (2 сутка), 4-кунлик 72 соат (3 сутка), тропик безгак – бир кундан кейин (кун-ора) (4-расм);



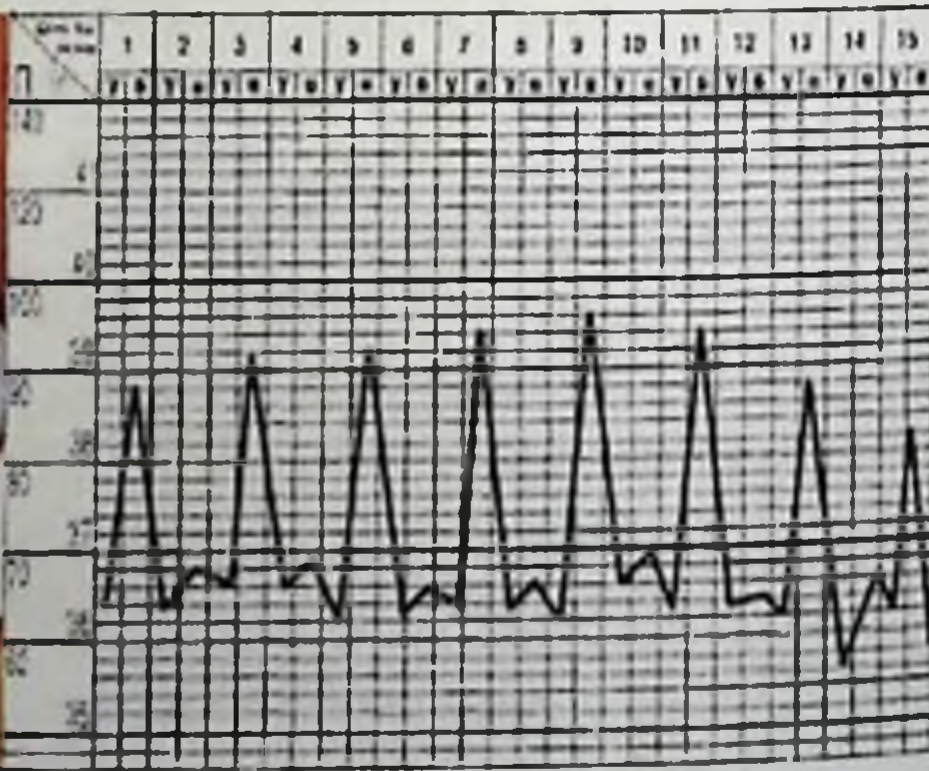
24-расм. Безгак касаллигида тана хароратини ўзгариши

Безгак инфекциясини умумий чизгилари. Даволанмаган беморларда хуружлар хафталаб давом этади, кейинчалик сунади ва тугайди. Ривожланаётган иммунитет таъсирида инфекция паразит ташувчилик фазасига утади. Паразит ташувчилик 80% холатларда спонтан тугайди, уз-узидан тузалади. 6 -12 ойдан сунг жигарда сакланган гипнозоит узок (кечки) рецидивлар бериши мумкин.

Касаллик кўзгатувчисини турларига қараб 4 хил безгак фарқланади: уч кунлик безгак (Малариа тертиана), тропик безгак Малариа трориса), тўрт кунлик безгак (Малариа куарл-ана) ва овале-безгак (Овале малариа).

Безгакни клиник кечишида куйидаги даврлар фарқланади:

- инкубацион (бирламчи латент),
- ўткир хуружлар (пароксизмлар) даври,
- барвакт рецидивлар, хуружлар оралиғи (иккиламчи латент),
- кечиккан рецидивлар даври.



5-расм. Безгак касаллиги клиникаси

Одатда, учкунлик ва овале безгаклари продром давридан бошланади (5 кунгача), бу даврнинг асосий белгилари: харорат субфебрил, енгил бош оғриғи, эт уюшиш, танани қакшаб олиши. Тропик ва тўрткунлик безгак продром даврсиз, ҳамма вақт ярим ўткир ёки ўткир бошланади (5-расм).

Касалликнинг клиник белгилари: бадан қакшаб, бемор совкотади. Устига дуч келган нарсани ёпиб ётса ҳам исимаиди. Орадан 1-2 соат ўтгач, иситма кўтарилиб кетади ва тана харорати 41°C , баъзан ундан ҳам юқори даражага кўтарилади. Иситма кўтарилган вақтда бемор бош оғриши, кунгил айнашидан шикоят қилади. Беморнинг юзи ва териси кизарган, пайпаслаб кўрганда иссик туюлади. Бел соҳаси ва чап биқинда кучли оғриқ бўлиши мумкин. Томир уриши тезлашади. Иситма хуружи 6-8 соат давом этади. Сўнгра қисқа вақт ичида иситма тўсатдан $35-35,5^{\circ}\text{C}$ гача тушиб кетади (интермиттирловчи иситма). Бу даврда беморда кучли терлаш кузатилади. Ички кийимлари шалоббо бўлиб кетади. Уларни бир неча марта алмаштиришга тўғри келади.

Уч кунлик безгакда иситма хуружлари орасидаги муддат 48 соат, 4 кунликда – 72 соатга тенг. Демак, иситма хуружи кун оралатиб, ёки 2 кундан сўнг, 3-кунида айнан бир хил вақтда бошланади.

Тропик безгакда ҳам иситма хуружлари одатда 48 соатдан сўнг такрорланади. Унинг оғир кечиши шундаки, бошланган иситма хуружи 36 соатгача давом этиши мумкин. У беморнинг тинкасини қуритади. Хуруж тўхтагинидан сўнг 12 соат ўтиши биланок, иситма қайтадан кўтарилади. Баъзан иситмалар хуружида даврийлик мутлақо йиқолади.

Безгак кенг тарқалган жойларда одамга бир вақтнинг ўзида бир неча хил плазмодийлар юқиши мумкин. Бошқа ҳолларда эса бир хил плазмодийлар кетма-кет бир неча кун давомида юқади. Бундай ҳолларда иситма хуружи бетартиб тутади.

Иситма хуружлари такрорланавергач, беморнинг турли аъзоларида ўзгаришлар юзага келади. Талоқ катталашиши ўзига хос белги ҳисобланади. У дастлаб юмшоқ бўлса, кейинчалик қаттиқ бўлиб қолади. Сўнгра жигар ҳам катталашади. Бемор иш қобилиятини йўқотади. Ранги сарғайиб кетади. Кўпинча лаблари атрофига учуқ тошади. Эритроцитлар парчаланавергани туфайли

уларнинг сони камайиб кетади – камқонлик (анемия) ривожланади. Қондаги гемоглобин миқдори, лейкоцитлар сони ҳам камаяди.

Оғир ҳолларда, айниқса тропик безгакда касалликнинг оғир асоратлари – безгак комаси ва гемоглобинурия иситмаси рўй беради. Бу асоратлар касалликни вақтида даволамаган ҳолларда кўп учрайди. Безгак касаллигида бемор хушидан кетади. Томирлар фаолияти кескин издан чиқади. Мия шиши рўй беради. Тери қорамтир-сарғиш ранг бўлиб кетади. Сийдик ва нажас беихтиёр ажралади. Жадаллаштирилган даволаш олиб борилмаса, кўпинча ўлим билан тугайди.

Гемоглобинурия иситмаси баъзи беморларда безгакка қарши дорилар берилганидан 4-8 соат ўтгач рўй беради. Бунда кучли эритроцитлар гемолизи (парчаланиши) юзага келади. Беморнинг ҳарорати тўсатдан кўтарилиб кетади. Кучли бош оғриши ва бел соҳасида оғриқ пайдо бўлади. Тери сарғайиб кетади. Анемия зўраяди. Сийдик қорамтир бўлиб келади.

Вақтида даволанган ҳолларда безгак билан оғриган беморлар тузалиб кетади. Баъзи ҳолларда 1-2 ой, ҳатто бирор йилдан сўнг, рецидивлар кузатилади.

Безгакнинг кечил давлари.

Безгак циклик кечувчи касаллик

- Бирламчи хужум - уткир иситмалар пароксизми даври
- Истимасиз давр- 7-14 кундан 2-3 ойгача
- Дастлабки рецидивлар (бу эритроцитлардаги паразитларининг купайиши билан боғлиқ), безгакнинг ҳамма турларида кузатилади

• Латент даври – паразитлар йуқолиб, клиник тузалиш билан боғлиқ, ҳар хил муддатга эга.

• Айрим ҳолатлар 6-11 ойдан кейин - кечки рецидивлар пайдо бўлиши мумкин - гипнозоитлар активлашиш билан боғлиқ

Безгак оғирлик даражалари.

- Бемор ёши (болаларда оғир кечади).
- Иммуни тизим ҳолати (хомиладорлар – хавф гуруҳи).
- Генетик хусусиятлар (ГБФД етишмочилигида ХБАС ташувчилар енгил касалланадилар).
- Паразитемия даражаси

Уч кунлик безгак. Инкубацион давр - 10-20 кун. Продромал давр - калтираш, бош огриши, белда огрик, кунгил айнаш, иштахасининг пасайиши, баъзан кайт килиш. Иситма бошида нотугри ремитгирланган, бир неча кунгача булиши мумкин, эт увишиши, пульс тез-тез, нафаси тезлашган, териси нам, гиперемияланган. 1-чи хафта охирида, кун-аро, асосан куннинг 2-ярми безгак пароксизмалари аникланади. Дастлаб хуружлар калтираш 15 минутдан 2-3 соатгача давом этиши мумкин. Иссиклик даври - 2-6 соат, ундан сунг тер ажралиши даври. Агар бемор даволанмаса, унда хуружлар 3-6 хафтагача давом этиши, хуружлар енгил утиши мумкин. 2-3 хафтасида анемия ривожланади, эритроцитлар сони $3,0 \cdot 10^{12}$ л паст булмайди. Узок давом этувчи, кун ора ёки хар куни такрорланувчи интермиттик иситма хуружи ва спленогепатомегалия билан намоён бўлувчи, барвақт ва кечиккан рецидивларга мойил касаллик туридир. Касаллик рецидивлари бир неча ой (3-14) ва хатто (3-4) йилдан кейин бўлиши мумкин. Безгакнинг бу турини оқибати кўпинча яхши, бироқ болаларда ва иммунитетини бўлмаган шахсларда оқибати оғир бўлиши мумкин. Ўлим жуда кам бўлиб, асосан оғирлаштурувчи йўлдош жараёнлар билан боғлиқ бўлади. Ҳозирда бизда асосан уч кунлик безгакнинг четдан кириб келган турлари кузатилмоқда.

Овале-безгагида иситма хуружлари худди уч кунлик безгакдаги характерга эга бўлади. 3- кунлик безгакка ухшаб кечади. Касаллик юмшок кечиши билан фарк қилади, пароксизмлар кунаро, лекин кечки вақт кузатилади. Жигар ва талок катталашиши, бироз огрикли булиши мумкин.

Касалликнинг бу тури уч кунлик безгакдан, иситма хуружларини кечки пайтда бошланиши, анемия ва спленогепатомегалиянинг кам даражада бўлиши, одатда енгил кечиши ва яхши оқибати ҳамда, кўпинча бирнеча хуруждан кейин тўсатдан тузалиши билан фарқ қилади.

Овале-безгаги асосан тропик Африкада - Гвинея кўлтиғининг Шимолий қирғоғи ўлкаларида кенг тарқалган.

Охирги йилларда Р.овале ни Шарқий Жанубий Осиё ўлкаларида ҳам тарқалганлиги ҳақида маълумотлар келмоқда.

Тўрт кунлик безгак Инкубацион давр бир неча хафта ораликларда узгаради. Биринчи хуружлардан бошлаб каттий даврилик хос- 2 кундан 3 кунга утиши. Пароксизмлар куннинг 2

ярмида кузатилади. Калтираш даври давомийлиги узок ва кескин намоён булади. Иссиклик даври 6 соатгача. Бу даврда – кескин бош огриши, мушакларда огрик, кунгил айниш, кайт килиш, алахсираш, хушнинг бузилиши. Хароратнинг тушиши – кучли терлаш билан кечади. Хуруж булмаганда бемор холати коникарли. Жигар ва талок жуда секин катталашади, урта даражали анемия. Кўпинча тўртинчи кунда такрорланувчи интермиттик иситма, енгилрок анемия, спленомегалия, секин ортиб борувчи, кам даражали паразитемия билан ифодаланади ва узок, баъзан кўп йиллаб давом этади. Унинг бошқа безгаклардан фарқли хусусиятлари: бирламчи хуружлар тугагач эритроцитар шизогонияни узок вақт (ўн йиллаб) клиник белгиларсиз субмикроскопик даражада сақланиши мумкинлиги ва P.малариае ни буйракларни жароҳатлаши (болаларда нефротик синдром) бўлиши мумкинлигидир. Тўрт кунлик безгак бошқаларга нисбатан кам тарқалган.

Тропик безгак - энг огир кечади. Инкубацион давр - 7-14 кун. Биринчи белгилари- холсизлик, чарчаш, бош огриши, кукрак сохасида, бутимларда огрик ва бошқалар. 1-2 кундан кейин –Т- 37,5-38С гача кутарилади. 5-6 кундан иситма доимий курунишни олади. Бу фазада кўпинча УРВИ ёки УЮИК ташхиси куйилади. Кейинчалик хуружлар 1-2 кун ёки 3 кун давомида икки марта интервал билан кечади. Гепатоспленомегалия, АБ пасайиши. Даволангандан сунг паразитлар кондан 3-5 кундан кейин йуколади. Даволаш бошлангандан сунг 28 кун ичида конда паразитларни йуколиши тузалишдан дарак беради. Тропик безгакда продромал белгилар кўпроқ иммунитетни бўлмаган шахсларда кузатилади. Бирламчи касаллик кучли токсик ва аллергик аломатлар билан: кучли бош огриши, кўнгил айнаш, кусиш, қоринда огрик, ични суюк келиши, кучли миалгия ва артралгиялар билан намоён бўлади. Хуруж бошланишида титраб-қақшаш қисқа муддатли ва кучсиз бўлади, бўлмаслиги ҳам мумкин. Иситма вақтида токсикоз жуда кучли бўлиб, бемор хатто хушини йўқотиши, асабий жумбушлар, тиришишлар, менингизм аломатлари, коллапс ва уртикар тошмалар кузатилиши мумкин. Беморнинг юзи қизарган, кўзлари чакнаган, курук йўтал, тили карашланган бўлади. Бирламчи касаллик субконтинуал ёки ремиттик харорат реакцияси билан кечиши, иситма давомли ва тартибсиз бўлиши мумкин. Чунки, P. фалсирарум ретикулоцитлар билан бир вақтда етук эритроцитларни ҳам

жароҳатлаганлиги туфайли уларнинг парчаланиши турли вақтда бўлади. Тропик безгакда жигар ва талокнинг катталашуви ҳам камрок бўлиб секинроқ ривожланади. Ҳуруж тугалланишидаги терлаш ҳам унчалик кучли бўлмайди. Бунинг боиси, иситма кўпинча турғун бўлиб ҳарорат тебранишининг камлигидир.

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

- Безгак касалини кузгатувчиларини хилма хиллигини эътиборга олган ҳолда куйидаги тасниф таклиф этилади:

- 1. Уч кунлик безгак;
- 2. Турт кунлик безгак;
- 3. Тропик безгак;
- 4. Овале безгаги;
- 5. Субклиник тури (соғлом паразит ташувчи);
- 6. МИХТ- аралаш тури (икки ёки ундан ортик кузгатувчи).

Енгил, урта, огир турлари. Асоратли ва асоратсиз турлари (асорати асосан тропик безгакда - безгак комаси, иситмали гемоглабинурия, уктир гепатит, в х.к. холида) учрайди. Касалликни кечишида куйидаги даврлар кузатилади: яширин давр, продром давр /уч кунлик безгакда/, биринчи хужум ва эритроцитар рецидив, латент даври, экзоэритроцитар рецидив /уч кунлик ва овале безгагида/ ва реконволесценция даври, Уч кунлик ва овале безгаги продром даври билан бошланади. Продром даври 2-5 кун давом этади. Бу даврда бемор асосан бош огригига, лохасликка, кувватсизликка, эт увушишига, танаси какшашига, мушаклар огришига, тана ҳароратини биров кутарилганига шикоят қилади. Тропик в з турт кунлик безгак эса нимуткир ёки уткир бошланади. Безгакни клиник манзараси пароксизмал ҳуруж билан бошланади. Бемор совук котиб, какшаб, каттик титрайди. Дарров урнига ётиб олиб боши билан уралиб олади, лекин барибир исимади. Шу даврда териси биров оқаради, пайпаслаганда гоз терисини эслатувчи гадир-будирлик сезилади. Айрим ҳолларда тумов белгиларига ухшаш белгилар булиши мумкин. Баъзида ичи суюк келиши мумкин. Бундай ҳолат 10 минутдан то 3 соатгача давом этиши мумкин. Сунгри тана ҳарорати қиска вақт ичида /ракетасимон/ энг юкори

даражага кутарилади ва бемор исиб кетади. Беморни бош огриги безовта килади. Касаллик огир кечаётганида бемор шайтонлаши, алахсираши ва хушидан кетиши мумкин, безовталана бошлайди, пайпаслаганла териси иссик ва курук булади. Айрим холларда лабига учуг тошиши мумкин. Тили курук, карашланган булади, караш ок еки кулранг булади. Томир уриши тезлашади, артериал кон босими пасайишга мойил булади. Сийиш камаяди, гохида сийдик ажралиши умуман тухташи мумкин, тез-тез нафас олади. 6-8 соатдан сунг /тропик безгакда суткани охирида ёки иккинчи куннинг биринчи ярмида/ тана харорати критик пасаяди ва каттик терлаш билан кузатилади. Шундан сунг бемор узини бироз яхши хис эта бошлайди. Интоксикация белгилари камаяди. Кейинчалик уйкуга кетади. Ухлаб тургач узини яхши хис килади. Ишлаш кобилияти аввалги холатига кайтади. Бундай холатни безгакнинг апирексия даври дейилади. Овале ва уч кунлик безгакда апирексия даври бир кун давом этади, турт кунлик безгакда икки кун давом этади. Тропик безгакда апирексия даври жуда киска танани харорати меёригача тушмай субфебрил холида колиши хам мумкин. Шундан сунг яна пароксизм хуружи кайталайди. Касалликни биринчи кунларида, айникса тропик безгакда эритроцитлар ичидаги паразитлар хар хил ривожланиш фазасида булгани учун пароксизмал хуруж белгилари камрок ривожланган булиши билан бирга танани харорати ремиттирланган, субконтинуал ёки нотугри булади (инициал иситма).

Орадан 3-5 кун утганидан кейин одатда хар хил паразитни турига караб генерация маълум бир тартибда булади, ва шуниг учун пароксизмал хуруж хар бир плазмодиум турига караб хам маълум бир тартибда кайталанади. Айрим беморлар конида бир бирига боглик булмаган икки ёки уч хил популяция булиши натижасида бир кунда икки маротаба пароксизмал хуруж булади. Еки турт кунлик безгакда апирексия даври бир кунга кискаради, 2-3 пароксизмал хуруждан сунг купчилик касалларда жигар ва таклок хажми катталашади, пайпаслаганда огрикли булади, конда анемия аломатлари пайдо булади. Бу белгилар конда кай даражада гемолиз кетаётганлигидан дарак беради. Агарда безгакка карши адекват муолажа килинса жигар ва талокни хажми уз холига кайтади. Ноадекват муолажа килинганда талокнинг хажми катталашиб, ёрилиб кетиш эхтимоли пайдо булади. Безгакнинг огир турида

жигарнинг уткир дистрофияси кузатилади. Бемор саргайиб кетади, геморрагик синдром белгилари марказий нерв тизимининг жарохатланганлигидан дарак берувчи белгилар номоён булади. Корин бушлигига суюклик йигилиши мумкин, сурункали гепатит ривожланади. Эритроцитлар сони 2-1 миллионгача, гемоглобин 30 г/л гача камаяди, лейкоцитлар, нейтрофилар, тромбоцитлар сони ҳам камаяди. Айрим холларда нафас олиш тизимида яллигланиш белгилари пайдо булади. Юракда функционал - систолик шовкин эшитилади. Кон босими пасаяди, томир уриши тезлашади. Беморда сийдик ажралиши камаяди, сийдикда - альбуминурия, цилиндрурия, микрогематурия булади. Пароксизмал хуруж булиб утгач купчилик беморларда кувват тез, асл холига кайтиши мумкин, лекин 1-2 хафта давомида бош огриги, оёкларнинг зурикиб огриши, жигар ва талок сохасида огрик сезиши, корни дам булиши каби шижоятлар безовта килади.

Биринчи хуружларни тугаши билан иккиламчи латент давр бошланади. Бу давр 2 хафтадан 3 ой ва ундан купрок давом этади. Кейинчалик пароксизмал хуруж яна кайталайди. Бунини «хуружнинг вақтли кайталаши» дейилади. Агарда 8-10 ойдан сунг кайталаса бунини «хуружнинг кеч кайталаши» дейилади. Кайтадан келган хуруж олдингиларидан умуман куп фарк килмайди, факат продромасиз, бошланишидан бошлаб иситма тугри типда булади. Кечрок кайтадиган хуруж 3-4 кунлик безгакда булади, тропик безгакда булмайди. Айрим холларда безгакни типик булмаган тури учрайди. Уни факат лаборатория текшириш усуллари ёрдамида аникланади. Уч кунлик безгак купинча енгил утади, факат эпидемия вақтида баъзида огиррок утиши мумкин. Турт кунлик безгак камрок ва енгил шаклда учрайди, купинча асоратсиз кечади, лекин паразитдан бемор организмини тула холис булиши кийинрок булади. Тропик безгак купинча огир утади, чунки бунда эритроцитлар 65% гача гемолизга учраши мумкин. Шунинг учун огир камконлик аломатлари кузатилади. Безгак билан огриганларнинг 50%, улик холларининг 98% тропик безгакка тугри келади. Шунингдек безгакнинг огир асоратлари: безгак комаси, геморрагик синдром, алгид, гемоглобинурия, уткир буйрак етишмовчилиги ҳам тропик безгак окибатидир.

Тропик безгакда кома холати боскичма - боскич ривожланиши билан характерланади. Бошланишида бош айланиб, бош огриги

интенсив. кучая боради, бемор кайт кила бошлайди, кувватсизланади, шалпаяди, саволларга жавоб бергиси келмайди, тез-тез уйкуга кетиб қолади, лекин эси узида булади. Пай рефлекслари сакланган булади /сомноленция боскичи/. Бир неча соатдан сунг сопороз боскичига утади: бу боскичда бемор купрок ухлайди, эси кирди-чикди булиб қолади, шайтонлайди, пай рефлекслари ошади, патологик рефлекслар пайдо булади, менингизм аломатлари кузга ташланади. Уз вақтида тугри муолажалар қилинмаса бемор чуқур кома ҳолатига тушади: эси бутунлай йуқолади, юз териси ок-срранг тусда булади, куз косаси ичига тушиб кетади, ковоклари беркилади, арефлексия, гипотония, сфинктерлар фалажи, ҳамда нафас олишининг тезлашиши кузатилади. Умуман олганда бундай ҳолат яхши оқибатга олиб келмайди, лекин адекват муолажа қилинса соғайиб кетиши ҳам мумкин.

Тропик алгид безгагида бемор атрофидагиларга бефарк қарайди, юз кўриниши уткирлашади, эси узида булади, томири ипсимон, териси кукимтир, совук тер билан қопланган булади, тана харорати пасая бошлайди. Рефлекслар пасайган ёки умуман йуқолган булади.

Иситмали гемоглобинурия тропик безгакнинг кам учрайдиган, лекин оғир утадиган асоратларидандир. Купинча оммавий инвазия натижасида жуда куп микдорда эритроцитлар гемолизга учраганда, ва аксарият Г-6-ФД дефицитли беморларда хинин ва башка айрим препаратлар /примахин, сульфаниламидлар/ қулланилганда 4-8 соат утгач ривожланади. Гемолизни даражасига қараб тана харорати кутарилади, бели, талоги, жигар атрофидаги оғриклар пайдо булади. Бош оғриги кучаяди. Анемия орта боради, келиб чиқиши гемолитик сариклик пайдо булади. Олиго- ва анурия ривожланаётганлиги учун сийдик кам микдорда қора рангли (янги ажралган сийдикда оксигемоглобин булгани учун) ёки кизил вино рангида (туриб қолган сийдикда метгемоглобин булганлиги учун) булади. Сийдик тиндирилганда 2 қаватга булинади; юқори қавати - тиник, тук олча ранг ва пастки қавати - лойқаланган, куп микдордаги детрит булади. Сийдикни умумий текширганда эритроцитлар, гиалин, доначали цилиндрлар, оксил моддаси ва гемоглобин борлиги аниқланади. Кейинчалик уткир буйрак етишмовчилиги ривожланади ва улим билан яқунланиши мумкин. Гемоглобинурия оммавий паразитемия натижасида ривожланганлиги учун ва биринчи галда паразитлар

кирган эритроцитлар парчаланганлигидан йугон томчида ва суртмада паразитларни жуда кийинчилик билан топилади, окибатда ташхис куйиш кийинлашади ёки хатоликка йул куйишга сабабчи булади.

Тропик безгак айрим холларда ич терламага ухшаш булиб утади. Бунда тана харорати узок ваكت юкори даражада кутарилиб туради, бемор алахлайди, эси вакти-вакти билан йуколади.

Безгак геморрагик синдромли асоратида тери остита, куз пардасига кон куйилади, кон аралаш кайт килади, бурнидан, бачадондан, меъда ва ичакдан, буйракдан кон кетади, баъзан мияга кон куйилади.

Безгак касали бошка бактериал, вирусли ва паразитар касалликлар билан биргаликда хам кечиши мумкин. Хомиладор аёлларда огиррок утади. Купинча бемор саргайиб кетади, камконлик холларида купрок учрайди, корин бушлигига асцитик суюклик йигилади, танасида шишлар пайдо булади. Хомидали аёлларда хомиласиз аёлларга нисбатан 2-3 маротаба куп леталлик кузатилади ёки хомиласи зарар куради, нобуд булади, кунидан аввал тугилади. Безгак билан огриган аёллардан тугилган чакалокларнинг учдан бири нобуд булади. Купинча чакалоklar тугма безгак билан тугилади.

Тугма безгак. Болага безгак онадан йулдош оркали утиши мумкин. Бундай бола тугилганда нимжон, жигари ва талогни катталашган булади. Конидан безгак плазмодийлари топилади.

Купинча безгак болага онадан тугилаётганда юкади. Бундай холларда бола тугилгач, бир неча хафта утгандан кейин касаллик бошланади. Унда харорат кутарилади, жигар, талок катта булади, бола озиб кетади, усишдан оркада колади.

Шизонт безгаги. Шизонт безгагини одамларда безгакни кузгатувчи хамма плазмодиумлар чакириши мумкин, лекин купинча турт кунлик безгак кузгатувчиси Пл. малариае кузгатади. Касаллик бола тугилаётганда, укол килинганда ва бошка манипуляция вахтида яхши стерилизация килинмаган инструментлар оркали, гемотрансфузия вактида (агарда кон яширин Пл. малариае паразитни ташувчи донордан олинган булса) юкади. Тропик безгакни кузгатувчиси йулдош оркали, бола тугилаётганида юкади ва тугма безгак ривожланади. Гемотрансфузиядан сунг ривожланадиган безгак яширин давридан /бир неча кун/ кейин

плазмодиумни туридан катъий назар «классик» синхрон пароксизмал иситма билан бошланади ва анемия, жигарни, талокни катталашиши билан ифодаланади. Купинча огир утиб, окибати яхши булмаслиги мумкин. Тиббиёт асбоблари оркали юкканда касалликни яширин даври 3 ойгача чузилиши мумкин.

Чузилган безгак. Чузилган безгак факат куп маротаба буладиган реинфекция еки суперинфекция натижасида ривожланади ва купинча эндемик учогда учрайди. Суперинфекция паразитнинг бошка штамми кузгатган безгак тугамасдан олдин юз беради. Реинфекция эса, биринчи безгак касаллиги тугагач куп утмай уша штамм плазмодиуми кайтадан юкиши натижасида юз беради. Шундай килиб, кисман ривожланган иммунитет фоннда супер ва реинфекция хясобига безгак узок йиллар давом этиб висцерал узгаришларга олиб келади. Шунинг учун жигарни, талокни хажмини катталашиши, сурункали гепатит, жигар фибрози, спленит, нефропатия, анемия, неврит белгилари, вакти-вакти билан безовта киладиган иситма хуружи характерлидир.

Парабезгак. Безгак билан огриган одам даволанмаганда еки даволаш етарли булмаганда иситма хуружлари тухтаб, организмдан паразитлар йуколиб кетгач, безгакни окибати сифатида турли функционал ва органик узгаришларни кузатилиши парабезгак деб юритилади. Масалан, жигар циррози, спленомегалия, анемия, вегетоневрозлар ва бошкалар шулар жумласидандир.

Иммунитет

Безгак касаллиги билан илгари огриманган шахсларда, безгакка мойиллик мутлакдир. Шунинг билан бирга аҳолининг баъзи бир қатламлари безгакнинг айрим турларига нисбатан, кисман ёки тўлик чидамлидирлар.

- Безгакнинг эндемик ўчоқларида, иммунитети бўлган оналардан туғилган чақалоқларда, оналардан олган туғма иммунитетлари бўлиб, улар 3 ойгача безгак билан касалланмайдилар.

- Маълумки, безгак касаллиги, безгакка қарши специфик антителолар, яъни гуморал иммунитет ишланиши билан яқунланади.

- Одатда, 2-3 безгак хуружидан кейин қонда ИгМ ва ИгГ иммуноглобулинлар титрини ортиши ва иммунологик реакцияларни

жадаллашуви кузатилади. Оқибатда организмда паразит камайиб, иситма хуружлари тўхтайтиди.

- Патоморфологик ўзгаришлар, безгакда суяк кўмиги, талок ва жигардаги лимфоретикуляр элементларининг гиперплазияси билан ифодаланади. Касаллик узок давом этганда Купфер хужайраларининг гиперплазияси, жигарда фиброз ривожланиши билан яқунланади. Ички аъзолар тўқималарида пигмент тўпланиши кузатилади.

- Тропик безгакда васкулит, периваскуляр геморрагик ва гранулематоз ўзгаришлар кузатилади. Бундай ўзгаришлар кўпрок бош миянинг глиал системасида (Дюрка гранулемаси) бўлади. Мия капиллярлари инвазияланган эритроцитлар ва паразитлар билан тўлиб (тикилиб) қолган бўлади. Тропик безгакда, буйракнинг жароҳатланиши (ўткир нефрит) ҳам кўпрок кузатилади. Ўткинчи миокардиодистрофия аломатлари касалликнинг оғир кечишида ва кўпрок олдиндан юрак хасталиги бўлган шахсларда намоён бўлади.

Безгакнинг асоратлари:

- Уйқучанлик, кома
- Лихорадка
- Генерализациялашган талвасалар
- Кон қуюлиши қучайиши
- Сариклик
- Метоболический ацидоз
- Гипогликемия
- Уткир буйрак етишмовчилиги
- Уткир упка шиши
- Алгид
- Оғир нормоцитар анемия
- Гемоглобинурия

Асоратлар касалликнинг хохлаган босқичида пайдо бўлиши мумкин, айниқса иммунланмаган шахсларда. Купинча касалликнинг 2-3 хафтасида қонда паразитлар миқдори 100000 ошганда паразетемида кузатилади.

Оғир асоратли кечиш асосан тропик безгакка хосдир. Безгак комаси, алгид безгак, гематурияли иситма сингари оғир асоратлар асосан тропик безгакда кузатилиб, кўп ўлимга сабаб бўлади. Умуман

безгакдан бўладиган ўлимнинг 98% тропик безгакнинг асоратли кечиши туфайли бўлади.

Безгакнинг **церебрал** шакли кўпинча касаллик бошланганидан 24-48 соат ўтгач, аксарият озгин одамларда юзага келади ва оқибатда безгак комаси ривожланади.

Безгак комаси тропик безгакда энг кўп учрайдиган церебрал асоратлардандир. Безгак комаси асосан бирламчи касалланган, даволанмаган беморларда ва асосан кўп зарарланган эндемик ўчоқларда учрайди.

Комада бўладиган мураккаб патогенетик ноадекват реакцияларга – гиперергик реакцияларга шай, аллергик ҳолатда бўлган шахслар кўпроқ мойил бўладилар. Бу ҳолат безгакда бўладиган асоратларнинг кўпчилигида етакчи рол ўйнайди.

Безгак комаси асосан бирламчи безгакни асорати бўлиб, одатда 2-3 хуруждан кейин бошланади. Аксарият кома даракчи белгилар – кучли бош оғриғи, ретроорбитал оғриқ, бош айланиши, кескин қувватсизлик, ироданинг сусайиши ёки, аксинча, безовталиқ, бесаранжомлик билан бошланади. Команинг кечишида уч босқични фарқлаш мумкин: **сомноленция** босқичида, беморда апатия ёки асабий жунбуш ҳолати, ўжарлик, дезориентация, хотиранинг чалкашлиги, барча реакцияларни тормозланиши, пай рефлексларини олдин кучайиши, сўнгра эса сусайиши кузатилади.

Комадан олдинги (прекома) даврда – беморда доимий тахикардия, нафаси юзаки ва тезлашган, гипотония, тана ҳарорати 40-41°C, шунингдек атаксия, амнезия, тиришиш, баъзан тутқаноқсимон тиришиш, карахтлиқнинг ортиб бориши, чуқур уйқу ҳолатлари кузатилади. Баъзан бемор қисқа муддатга хушига келади, саволларга бир хил қисқа жавоб бериб яна тезда сопор ҳолатига тушади. Пай рефлекслари зўрайган, патологик рефлекслар пайдо бўлади.

Ҳақиқий комада – бемор хушсиз, ташқи таъсирларни сезмайди. Кўзи юмиқ ёки ярим очик, қараши бегона, мушаклари таранглашган, жағи қотиб қолган (тризм), энса мушаклари таранглашган, Кернинг, Брудзинский симптомлари мусбат, баъзан Бабинский, Гордон патологик белгилари аниқланади. Пай ва қорин рефлекслари йўқолган, вегетатив фаолият кескин бузилган. Кўз қорачиғи кенгайган, унинг рефлекси сўниб боради ва кейинги босқичда йўқолади.

Безгак комасида периферик қонда ҳар доим кўп миқдорда Р. фалсирарум халкачалари, касаллик узокрок давом этса – гамонтлар ҳам топилади. Баъзи олимларнинг маълумотларига кўра 5% беморларда кома даврида қонда паразит топилмайди. Шунинг учун тропик безгакда паразитемия даражаси ҳатто сутка давомида ҳам кескин ўзгаришини ҳисобга олиб, қонни (қалин томча ва суртмани) қайта-қайта текшириш лозим.

Безгак комаси ҳар доим ҳам аниқ хос белгилар билан намоён бўлавермайди. Энцефалопатия, у ёки бу ўчоқли жароҳатланиш, белгилари, тутканоксимон синдром ва бошқа марказий асаб системасини жароҳатланиши белгилари етакчи бўлиши мумкин. Мияга майда, кўпроқ нуктасимон, камдан-кам ҳолатда йирик қон қуйилиш аломатлари кузатилиши мумкин.

Безгак алгиди безгакнинг кам, асосан эндемик ўчоқларида учрайдиган бироқ энг оғир асорати бўлиб, кўпинча ўлим билан якунланади. Патогенетик жиҳатидан алгид – токсик-инфекцион шок деб қаралади ва унинг асосида, қонда паразитнинг эриган цитотоксини айланаши оқибатида худди бошқа этиологияли шокларда бўлгани сингари гипертермия ва гемодинамиканинг бузилиши, айланувчи плазма миқдорини камайиши, бемор организмнинг сувсизланиши билан боғлиқ бўлган, хос метаболитик ўзгаришлар ётади.

Безгак алгидининг патогенезида буйрак усти безининг ўткир етишмовчилиги маълум бир рол ўйнайди. Деярли ҳар доим бемор қонида жуда кўп миқдорда – 1 мкл да 150000 дан 500000 гача Р. фалсирарум топилади. Алгид, тропик безгакнинг асорати сифатида ёки безгак комасининг якуни сифатида намоён бўлади ва одатда ҳар доим ўлим билан тугайди. Беморнинг умумий аҳволи жуда оғир. Бемор хушида бўлсада руҳияти жуда эзилган (прострация), лоқайд баъзан кома ҳолатида ётади. Беморнинг чеҳраси истиробли, кўзлари чуқур ботган, атрофи кўқарган, қарашлари фарқсиз – фасиеширросратиса. Териси совуқ, совуқ ёпишқоқ тер билан қопланган, лаблари, қўл ва оёқ бармоқлари учи кўқарган. Тери таранглиги пасайган. Тана ҳарорати 35°C ва ундан кам. Нафас тезлашган, юзаки. Томир уриши ожиз, тезлашган ёки ипсимон. Систолик ва диастолик босимлар пасайган (80 мм. с.м. уст. дан паст), кўпинча диастолик босим аниқланмайди. Юрак тонлари бўғиқ. Жигар ва талоқ катталашган. Қунгил айнаши, доимий ўкчик,

аксарият холларда ич сувдек суюқ (худди вабодаги сингари) келиши мумкин. Вақтида тегишли даво тадбирлари ўтказилмаса бемор ўткир қон томир етишмовчилигидан ўлади.

Ҳозирда классик безгак алгиди кам учрайди, бироқ организмнинг тез сувсизланиши ва гиповолиемия оқибатида юзага келадиган юрак-томир коллапси нисбатан кўп кузатилади.

Гемоглобинурияли иситма (ГУИ) тропик безгакни хали яхши ўрганилмаган асорати бўлиб, унда қон томир ичида ўткир (иммун-аллергик генезли) гемолиз содир бўлади ва гемоглобинурия, иситма ва гемолитик сариклик билан намоён бўлади. Бу асорат қадимда, безгакни даволашда хинин кенг ишлатилган даврларда кўп учраган. ГУИ одатда тўсатдан, кўпинча безгакка қарши препарат (хинин, примахин, сульфаниламидлар ва б.) қабул қилингандан кейин 4-6 соат ўтгач бошланади. Бемор титраб-қақшаб тезликда тана ҳарорати 39-40°C ва ундан ортиқ даражагача кўтарилади, белда, жигар ва талок соҳасида оғриқ пайдо бўлади, кучли терлайди. У адинамия ҳолатида бўлиб, боши, мушаклари ва бўғимлари қаттиқ оғрийди, қайта-қайта тўқ рангли сафро қусади. Тезорада сийдик тўқ жигарранг (пиво, қизил вино ёки қора кофе) рангли бўлиб қолади. Уни текширилганда икки қатлам: пасткиси – тўқ жигарранг, тўқ-лойқа детритли ва юқориси – тиниқ, қизил вино рангида бўлади. Сийдикда юқори концентрацияда оксил (10-20 г/л) ва ўт пигментлари аникланади. Беморда тезлик билан анемия ривожланади, сариклик ортиб боради, жигар ва талок катталашиб оғриқли бўлади, геморрагик синдром ривожланиши мумкин. Гемоглобинуриянинг энг хавfli ифодаси – ўткир буйрак етишмовчилигидир.

Киёсий ташхисоти

Безгакни қуйидаги касалликлар билан таққослаш керак:

- Грипп
- Бруцеллезнинг ўткир септик ва ярим ўткир формалари
- Ич терлама ва паратифоз касалликлар
- Сепсис
- Қайталама тиф
- Сил касалликлари

Безгакни тумов ва бошка УРВИлар билан, УИК, ич терлама, лептоспироз, ВГ ни оғир формаси, қора оксак, сепсис, сийдик йуллари ва биллиар система инфекциялари, қон касалликлари,

арбовирусли касалликлар, риккетсиозлар, спирохетозлар, кайталама тифлар ва системали геморрагик касалликлар билан таккосланади.

К.М. Лобан /И983/ берган маълумотларига караганда, кейинчалик лаборатория текшириш усуллари билан тасдиқланган безгакни 25% холларида тумов ташхиси билан касалхонага йуланма берилган. Купинча, тумов ташхиси, беморлар касалликни бошлангич /1-5 кунларида/ даврида мурожат қилганларида поликлиника врачлари томонидан қўйилган. Лекин касалликни ухшаш белгилари /касаллик уткир бошланиши, совук қотиб титраш, тана ҳароратини кутарилиши, бош оғриги, миалгия, бел оғриги, учук тошиш/ бўлишига қарамадан тумовда безгакдан уларок тананинг умумий захарланиши кучлироқ бўлади, бошни асосан пешона ва чакка қисми оғрийди, қувватсизлик иситма тушгандан сунг ҳам сакланиб қолади, юз териси кизарган бўлади, ёруғликка яхши қарай олмайди, куз қосасини ҳаракатлантирганда оғрик сезади, нисбий брадикардия, юқори нафас йулларини шамоллаши, бурун битиш, йутал, томок шиллик қаватларини яллиғланиши, юмшок танглайди. Морозкин белгиси мусбат бўлиши, конъюнктивит ва ринит белгиларининг бўлиши, жигар ва талок ҳажмини меерида бўлиши характерлидир. Эпиданамнезда олинган маълумотлар ва беморни қонидан тайёрланган сўптма ва йугон томчини безгак плазмодиумларига текшириш ташхисни тугри ҳал қилишда асосий уринни эгаллайди.

Ич терлама ва паратиф В касалликларида безгакдан фарқ қилиб продром даври узокрок /7 кунгача/ бўлади, касаллик секин асталик билан бошланади, бош доимо, лекин енгилроқ оғриб туради, иштахаси йуқолади, тил ҳажми катталашган, курукрок, четида тиш урни тушиб қолган, усти қулранг, кунгир рангда қарашланган, чети ва учи қарашланмаган бўлади, бошланишида беморни ичи бир - икки маротаба нохот шурвага ухшаш кетиши мумкин, кейинчалик қабзият билан алмашади, қорни дам бўлади, Падалка белгиси мусбат бўлади, жигар ҳажми катталашади, қуқрак ва қорин терисида розеолали тошмалар пайдо бўлади /касалликнинг 8-9 кунлари/ ва бемор алахлай бошлайди. Видадь реакциясини қуйиш ва қонни, нажасни, пешобни бактериологик усулда текшириш ташхисни тугри қуйишда асосий уринни эгаллайди.

Қора оксок касаллигида безгакдан фарқ қилиб иситмаси баланд бўлишига қарамай беморни ахволи қоникарли бўлади.

купинча бир неча кунлаб, баъзида ойлаб уз вазифасини адо этиб юраверади, кун давомида бир неча маротаба эти уюши совук котади, куп терлайди, айрим холларда факат ич кийимини эмас балки урин-тушагини нам булгани учун кунига бир неча маротаба алмаштиришга тугри келади, периферик лимфа тугунлари катталашган булади, бир неча аъзо ва тизимларни комбинациялашган холда жарохатланганлигини куришимиз мумкин. Купинча таянч-харакат аъзолари, урогенитал, марказий ва периферик нерв тизимлари биргаликда жарохатланганлиги кузатилади. Бемор конидан суртма ва йугон томчи тайерлаб безгак плазмодиумларига текширишдан ташкари серологик усулда Райта, Хедлсон, РСК, РНГА усулларидан фойдаланиб кора оксак касаллигига текшириш ва Бюрне синамасини куйиш тугри ташхис куйишни асосий омилидир.

Сепсис холатини безгакдан фарклашда бемор танасини бирор жойда йирингли учогни булишини ёки инфекция тушган жойни булишини, иситмани гектик характерда булишини, доимо совук котиб эти уюшиб туришини, тери ва шиллик каватларини геморрагик тошмалар булишини, талокни хажми катта, лекин юмшоклиги, эритроцитлар чукиш тезлигини ошиши билан бирга нейтрофилли лейкоцитоз булишини ва нихоят кондан сепсисга сабаб булган микроорганизмни ажратиб олинишини ахамияти бор.

Висцерал лейшманиоз касаллигини жуда куп белгилари безгакка ухшайди, шунинг учун «хар бир висцерал лейшманиоз касаллигини бошлангич даврида безгак деб ташхис куйилади» /Тареев Е.М. 1946/. Висцерал лейшманиозни безгакдан фарки шундан иборатки, бу касалликда искабтопар чивин флеботомус чаккан жойда папуласимон бирламчи аффект булади, касаллик аста-секинлик билан бошланади, беморни мазаси кочиб, тинкаси курийди, буйрак усти безининг фаолияти тушиши хисобига териси фарфор рангда булади, ремиттирланган нотугри иситма бир неча кундан бир неча ойгача давом этади, лимфа тугунлари катталашган булади, жигар ва талок, айникса кейингиси катталашган булади, талок хисобига бемор корни катталашиб кетади, портал гипертензия бошланиб, асцит пайдо булади, терминал даврда бемор жуда озиб кетади, мушаклар тонуси пасайиб кетади, муртак безида огизни шиллик каватида ва милкларда некроз бошланади, конда

лейкопения, гранулоцитопения, анемия, гиперпротеинемия каби узгаришвар руй беради.

Эндемик кайталама тиф кана чакканда юкади, кана чаккан жойда бирламчи аффект /ънуктага ухшаш кон куйилади, атрофи геморрагик гардиш билан уралган булади/ папула пайдо булади, 8-10 маротаба хуруж булади ва хар бир хуруж бир неча соатдан 2-8 кунгача давом этади, апорексия 1-8 кунгача давом этади, хуруж пайтида конда лейкоцитоз, лимфоцитоз, моноцитоз ва эозинофилия каби узгаришлар руй беради.

Айрим холларда эпигастрал сохада, кобирга остида огрик булиши кунгил айнаб кайт килиши, нажасини суюк келиши, куз ок пардасида сариклик пайдо булиши, жигар хажми катталашиб пешобни туклашиши овкат токсикоинфекцияси, ичбуруг ёки вирусли гепатит деб янглиш ташхис куйишга сабаб булади.

Аникланмаган ва узок давом этаётган камконлик аломатлари ривожлана бошлаганлиги, жигарни ва талокни катталашганлиги учун кон касалликлари булса керак деб уйлаб хатоликка йул куйиш мумкин. Шунинг билан биргаликда безгакни лимфогранулематоз, гемолитик анемия ва хар хил генезли спленомегалиядан фарклаб олишимиз зарур. Бундай холларда конни ва суяк кумигидан олинган пунктатни структурасини хамда морфологик таркибини /иложи булса лимфа тугунларидан ва талокдан олинган пунктатни хам/ урганиш билан бирга, куп маротаба кайта-кайта конда плазмодиум бор ёки йуклигини текшириш энг ишонарли усул хисобланади.

Безгак комасини шунга якин патологик холатлардан - кандли диабет комаси, уремик кома, гипермик кома, жигар комаси, эклампсия холати ва менингококк инфекциясида кузатилиши мумкин булган комалардан хам фарклаб олиш керак. Эиг асосий кийинчилик беморни анамнезига тегишли маълумотларни тулалигича ола олмаслигимиз булганлиги учун асосий билимимизни ва тадбиркорлигимизни аник ва пухта олиб борилаётган умумий курикдан ва лаборатория текширувидан олинаётган маълумотларга каратишимиз керак.

Кандли диабет комаси конда инсулин етишмаганлигидан глюкоза етарли хазм булмаслиги окибатида кандни микдори ошиб кетиши натижасида ривожланади ва модда алмашинуви бузилиши хисобига гиперкетонемия, гипергликемия, пшеросмоляр, гиперлактацидемия холатлари кузатилади. Бундай холатга тушган

беморлардан марказий нерв тизимини ҳамма фаолияти /бузилади/ пасаяди, ҳамма мушаклар тонуси пасаяди, нафас стишмайди, томир уриши тезлашади, корзчиги кенгаяди, териси ва шиллик каватлари курук булади, сийдик кам ажралади, ёки умуман сиймай куяди, рефлекслар пасайиб кетади, ёки умуман йук булади, тутканок тутада, менингиал белгилар пайдо була бошлайди, танасини харорати кутарилиши мумкии, конда ва сийдакда канд микдори ошиб кетади, нафасдан ацетон хиди келади. Жигар ва талок катталашмайди.

Уремик кома сурункали буйрак касаллигига дучор булган беморларда буйракнинг фаолиятини пасайиши окибатида келиб чикадиган холатдир. Уремик комага дучор булган беморларда конда кислота-ишкорли холатни ва электролитлар мувозанатини бузилишини, диспротеинемия, гипоксия, холатлари кузатилади. Беморни ранги учади, танасида шиш пайдо булади, сийдик ажралиб чикиши тухтайди, пай рефлекслари ошиб кетади, мушаклари титраб туради, бемор Чейн-Стокс ёки Куссмаул типиде нафас олади, корачиги кискариб куриши кийинлашади, артериал кон босим кутарилади, анемия ва азотемия ривожланади, нафасидан сийдик хиди келади, сийдигида оксил модда ва нейтрофилли лейкоцитлар булади.

Гипертермик кома бемор организмни хаддан ташкари кизиб кетиши натижасида аста секинлик билан бошланади, сув ва электролитларни алмашинуви бузилади, циркулятор узгаришлар руй беради, периваскуляр, перицеллюлар шишлар, мия шиши кузатилади, беморни танаси харорати кутарилиб юз териси ва танасини айрим жойлари кизаради, томир уриши тезлашади, нафас олиши огирлашади, артериал кон босим пасайиб, сийдик ажралиши камаяди.

Жигар комаси вирусли гепатит ёки сурункали гепатит касалликлари гепатоцитларни некрозга учраши окибатида секин асталик билан ёки уткир бошланади, бемор саргайиб кетади, томир уриши секинлашади, жигарни хажми кичиклашиб кетади, холемик кон кетиш, терида геморрагик белгилар пайдо булади, гохида асцит ривожланади, конда билирубинни, трансaminaза ферментларини, азот микдори ошади, протромбинни, канд моддасини, холестеринни микдори камаяди.

Экламписик кома хомиладор аёлларда кечиккан токсикозни окибати сифатида артериал кон босимини кутарилиши билан биргаликда кузатилади, беморни териси курук булади, харорати кутарилади, юз териси кукара бошлайди, мушакларни тонуси орта бошлайди, тризм пайдо булади, бемор тиришади, куз корачиги кичраяди, томир уриши секинлашиб беморни нафас олиши кийинлашиб апиоз холатини олади.

Менингококк инфекциясида учрайдиган кома менингит белгилари асосида уткир бошланади, каттик бош огриги, тана хароратини кутарилиши, кунгил айнаб кайт килиш, титраб совук котиш, энса мушакларини тортишиши билан бирга Керниг ва Брудзинский белгилари яккол аникланади, талваса катталарга караганда болаларда купрок булади. Бош мия жуфт нервларининг зарарланишига оид белгилар пайдо булади: анизокория, конвергенция, аккомодацияни бузилиши, кузни гилай тортиши, стробизм шулар жумласидандир. Орка мия суюклигини текшириш мухим ахамиятга эгадир.

Гемолитик кома гемолитик анемия билан касалланган беморларда гемолитик криз пайдо булганда кузатилади, беморлар сариклик аломатлари кучая бориши билан бирга иситмаси кутарилади, нафас олиши тезлашади, мушакларида огрик сеза бошлайди, томири тез ура бошлайди, бемор коллапс холатига тушади. Конда гипохром анемия, кизилкон таначаларини микдори 1 млн. гача пасайиб кетади, эритроцитларни осмотик чидамлилиги пасайиб кетади, гиперлейкоцитоз, азотемия, озод билирубинни ва гемоглобинни микдори ошиб кетади, йугон томчи ва суртмани бир неча маротаба плазмодиумга текшириш тугри ташхис куйишга ёрдам килади.

Ташхисоти. Касалликнинг клиник белгилари, эпид.анамнези маълумотлари, лаборатор текшириш усуллари натижаларига асосланиб ташхис қўйилади.

Эпиданамнезда беморни эндемик учогда булганлиги, чивин чакканлиги, кон куйилганлиги еки тиббий муолажа килинганлиги тугрисидаги маълумот мухим урин эгаллайди. Шу касаллик учун типик хуружлар булганда безгакни аниклаш кийинчилик тугдирмайди. Бирок тугри навбатлашиб турадиган хуружлар булмаганда ёки харорат доимий характерда булганда хатто эпидемиологик шарт шароитлар булганида хам, бу касалликка

ташхис куйиш кийин. Лекин шундай холларда ҳам хар 2 соатда харорат улчаб турилса, тана хароратидаги узгаришлардан кандайдир конуниятни илгаб олиш мумкин. Хатто типик клиник манзарада ҳам безгак ташхисини тасдиклаш мақсадида микроскоп остида безгак плазмодиумларини топиш учун конни /суртма, йугои томчи/ текшириш зарур.

Лаборатор диагностикаси

- Конни паразитологик текшириш.
- Калин томчи усули – энг куп ишончли усул булиб хисобланади, чунки конда юпка суртмага нисбатан 20-40 марта купрок паразитлар куринади.
- Юлка суртма усули – паразит турини аниклаш учун.
- Умумий кон тахлили – гемоглобин даражасини ва эритроцитлар микдорини камайиши, ретикулоцитларни ошиши, ЭЧТ юкорилиги.
- Серологик усул – антителалар 2-3 хуружлардан сунг пайдо булади, 4-6 хафтасига бориб юкори даражага етади. РНИФ (1:20-1:160), РНГА (1:40), РЭМА ёрдамида аникланади (6-расм).



26-расм. Безгак касаллиги лаборатор таххисоти

Безгак плазмодийси бемор конида доимо булиши туфайли текшириш учун конни исталган вақтда тана харорати меёрида булганда ҳам, хуруж вақтида ҳам олиш мумкии. Конни текшириш безгак ташхисини аниклашгагина имкон бермай, балки плазмодийнинг турт туридан кайси бири касаллик кузгатганини аниклашга кумаклашади. Хамма холларда, жумладан, безгак

комасида ҳам конда плазмодийни топиш ташхис куйишда хал килувчи ахамият касб этади.

Лаборатор ташхисотида бармоқдан олинган конни текшириш қулай ва осон усул ҳисобнадаи. Иситма хуружи вақтида ҳам, у тугаганидан кейин ҳам бемордаги кондан “қалин томчи” ва суртма (мазок) тайёрланади. Уларни Романовский-Гимза усули билан бўяб, микроскоп остида қаралса, плазмодийларни топиш мумкин. Бу усул ёрдамида нафақат безгак ташхисини куйиш, ҳатто уни қайси турдаги плазмодийлар кўзгатганини аниқлаш мумкин. Чунки ҳар бир плазмодийнинг эритроцит ичидаги шакли ва мерозоитлар сони ўзига хос бўлади.

Паразитологик текшириш учун бемордан олинган капилляр кои ёки веноз кондан фойдаланилади. Бемордан олинган кондан йугон томчи ва суртма тайёрланади. Йугон томчини 1,5 см диаметрда тайёрлаб, қуритиб сунгра Романовский-Гимза усулида бўялади. Юпка суртмани қуритиб булгач, 3 минут давомида метил спиртида еки 10 минут давомида этил спиртида фиксация қилинади, сунгра бўялади. Бўяб булгач сув билан яхшилаб ювиб, қуритиб, имерсион система билан микроскоп остида қурилади /окуляр 7X, объектив 90X/. Ҳар бир препаратдан 100 та катак қурилади плазмодийларни кичикрок майдонидан топилишидан қатъий назар/ акс холда комбинациялашган инвазияни аниқлашга имкон бўлмайди. Йугон томчида паразит 40 маротаба қуритиб аниқланади, лекин қайси типга мансублигини билиш қийин бўлгани учун суртма қурилади. Конда безгак бор ёки йуклиги ҳақида аниқ фикрга келиш учун бир кунда 4-6 маротабагача намуна қилиш мумкин. Плазмодийнинг қайси тури касаллик қузгатганини билиш уларнинг морфологик тузилишидан фойдаланамиз. Безгак плазмодийсининг кондаги миқдорини ва унинг ривожланишининг қайси фазасида эканлигини аниқлаш ҳам қатта клиник ахамиятга эга. Чунки конда шизонтларни бўлиши ва паразитемияни интенсивлиги қатта бўлса емон оқибатлардан дарак беради. Паразитемияни интенсивлиги йугон томчи қураётганда битта катакда нечта паразит борлигига боғлиқ: 1-10 плазмодий 100 та катакда бўлса 1мкл конда 5-50 та паразитга тугри келади (+); 1-10 плазмодий 10 та катакда бўлса 1 мкл конда 50-500 та паразитга тугри келади (++); 1-10 плазмодий 1 катакда бўлса 1 мкл конда 500-5000 та паразитга тугри келади (+++); 10 ва ундан ортиқ плазмодий 1 катакда бўлса, 1 мкл конда 5000 ва

ундан ортик паразит булади (++++). 1 мкл конда 100000 дан ортик плазмодий булса, ёки 5% дан куп эритроцитлар жарохатланган булса, безгак нохуш окибатлар билан тугаши мумкин.

Серологик текширув (РНИФ, РИФ, РЭМА, РНГА ва х.к.) донорлар танлаб олишда, безгакни нотипик, латент формаларини аниклашда ҳамда эндемик учогда одамлар нечоғлик жарохатланганлигини билиш билан кулланилади.

Гемограммада анемия (анизопойкилоцитоз, ретиколоцитоз) белгиларини аниклаш, лейкопения ва нисбий лимфоцитозлар ҳам ташхис куйишда катта ахамиятга эга.

Окибати. Тўғри ва ўз вақтида даволанган тақдирда, касаллик тез ва тўлиқ тузалиш билан якунланади. Ўлим асосан тропик безгакнинг хавфли кечимида, кўпроқ болаларда (5%) кузатилади. Эпидемиядан ташкари вақтда 0,2-1% гача улим холлари кузатилса, эпидемия даврида бу курсаткич 3-5% дан 20-40% гача кутарилади. Безгак тургун иммунитет колдирмайди. Касаллик кайталанишлар билан утиши мумкин, улар 1-2 ой утгач /эрта кайталанишлар/ содир булади. Умуман безгакдан бўладиган ўлим ўртача 4% ни ташкил этади

Беморни безгак касаллигига текшириш учун курсатмалар
Безгакка хос симптомлар ва белгилар:

- Хозирги вақтда ёки биров олдинги вақт ичида иситмани кутарилиши, калтираш, талок катталашиши
- Тери рангпарлиги, тери ва склера сариклиги.
- Генези номаълум гепатоспленомегалия;
- Касаллик белгилари кон ва кон препаратлари куйилгандан сунг пайдо булиши
- Безгакка гумон килинган эпиданамнезнинг мавжудлиги.

Давоси.

Асосий безгакка карши препаратлари

- Шизотроп препаратлар:
- гематошизотроп-(трофозоитлар ва шизоитларга таъсир)
- хингамин, амодиахин, плаквенил, хинин, акрихин, бигумаль
- Гистошизотроп- (тукимадаги паразитларга таъсир курсатувчи) примахин, хиноцид, хлоридин, бигумаль
- Бу препаратлар махсус схема буйича кулланилади
- Шахсий химиофилактика

- Безгак учогига келишдан 6-7 кун олдин ва 4-6 хафта кетган сунг хлорохин ёки амодиахин ичиш лозим (27-расм).



7-расм. Безгак касаллиги давосида қўлланиладиган дори воситалари

Безгак билан оғриган беморлар албатта касалхонага ётқизилиши, безгакка қарши дорилар ҳамда патогенетик ва симптоматик дорилар билан тўлиқ даволаниши керак. Безгакни даволашда бизнинг олдимизга асосан 2 мақсад қўйилади: 1. Безгак хуружига қарши курашиш. 2. Безгакни қайталанишини олдини олиш.

- Биринчи мақсад учун гематошизотроп гурухига кирувчи дорилардан ишлатилади. Гематошизотроп – асосан паразитни эритроцитар боскичларига (трофозоитлар ва шизонтларга) таъсир этувчи.

- Иккинчи мақсад учун – гистошизотроп гурухига кирувчи дорилардан фойдаланилади – асосан паразитни тўқима боскичидаги турларига таъсир этувчи дорилар.

- Безгак хуружларини ва унинг асосий клиник ривожини тўхтатишга, асосан гематошизотроп (шизотроп деб ҳам юритилади) дорилар бериш йўли билан эришиш мумкин. Бу гуруҳдаги дориларни энг самаралиси 4-аминохинолин ҳосилалари: хлорохин (хингамин, делагил, резохин), амодиахин, плаквинил ва б., шунингдек хинин, акрихин, бигумлап, хлородин ва нисбатан янги препаратлардан – 4-хинолинметанрол ҳосиласи (мефлохин) ва 9-фенантренметанол ҳосиласи (WP-33063).

- Гистошизотроп дорилардан – 8-аминохинолин ҳосилалари – примахин ва хиноцид, шунингдек ҳам гематошизотроп ҳам гистошизотроп таъсирига эга бўлган хлоридин ва бигумлан яхши самара беради.

- Этиотроп даво чораларидан ташқари албатта зарур патогенетик даво, жумладан дезинтоксикацияловчи (гемодез, неокомпенсан ва б.), микроциркуляцияни яхшиловчи дорилар (реополиглюкин, декостранлар ва б.), глюкокортикоидлар, антигистаминлар, витаминлар, гемостатик ва сийдик ҳайдовчи дорилар қўлланади. Қон томир ичида бўладиган коагуляцияни олдини олиш учун бошланғич даврларда гепарин ишлатилади. Буйрак етишмовчилиги ривожланганда – гемодиализ, қонни ультрафилтрацияси ёки гемосорбция қилинади. Анемия кучли бўлса донор қони қуйиш тавсия этилади. Заруратга қараб юрак томир дорилари, тиришишга қарши дорилар ишлатилади.

Безгак билан оғриган беморларнинг даволаш вақтли, уз вақтида бошланиб ҳар томонлама ва системали равишда олиб борилиши шарт. Муолажа бошлашда бизнинг олдимизга қуйилган мақсад эритроцитлар шизонтларга қарши дорилар билан пароксизмал хуружни тухтатиш. Чивин чакканда унга безгакни кузгатувчи утмаслиги учун беморнинг қонидаги гаметоцитларга қарши дорилар билан уларни кириш, қайталанишни олдини олиш мақсадида хужайра паразитига қарши муолажа олиб бориш. Юқорида қайд қилинганлардан келиб чикиб безгакка қарши қўлланиладиган кимёвий дориларни 3 турга буламиз: 1. Гематошизотроплар - эритроцитларда жинссиз ривожланиш даврида яшаётган плазмодийларга таъсир қилувчи дорилар /делагил, хлорохин, плаквенил, амиодиахин, хинин, пириметамин, мепакрин, прогуанил, мефлохин/; 2. Гистошизотроплар - туқима шизонти давридаги паразитларга таъсир қилувчи /примахин, хиноцид, приметамин, прогуанил/ булардан прогуанил уч кунлик ва овале безгакни гипнозоитларига таъсир қилмайди; 3. Гаметроплар - безгак паразитининг жинсий формаларига таъсир қилувчи дорилар. Уз таъсирига қараб 2 гуруҳга булинадилар: а/ анофелес организмда гамонтларни ривожланиб спорозонтларга айланишини қаршилик қиладиган дорилар (споронтоцид дорилар - приметамин, прогуанил); б/ бемор қонида гаметоцитлар улдирувчи дорилар

(гаметоцид дорилар - примахини, хиноцид).

Тетрациклин хосиласи (доксидциклин ва б.), сульфаниламидлар (сульфадоксин да б.) ва сульфолар (дапсон, ацедапсон ва б.) ҳам безгакни даволашда кулланилади, биринчиси асосий шизотроп дорилар (фансидар, фансимеф, метакельфин) билан биргаликда кулланилади.

Беморнинг гемопаразитга текшириш учун кон намунасини олиб булгандан сунг тезликда пароксизмал хуружни тухтатиш учун муолажа бошланиши керак. Безгакни тропик, турткунлик ҳамда учкунлик безгакни шизонт формаларида пароксизмал хуружни тухтатишга мулжалланган муолажа - радикал муолажа ҳамдир. Учкунлик ва овале безгагида радикал даволашга безгакни кайталанишига карши гистошизотроп дорилар берилгандан сунг эришилади.

Хуружга карши муолажада купинча хлорохиндан (делагил) фойдаланилади. Хлорохин - унга ухшаш кристалсимон, аччик, хидсиз, сувда яхши эрувчан, парчаланиб кетмайди. Тугмача (0,25г) ва 5%ли эритма холида ампулада 5мл дан ишлаб чнкарилади. Ошкозон ва ингичка ичак шиллик кавати оркали тез ва тулик сурилади. Бир иеча дакикадан сунг конда пайдо булади ва куп микдорда жигарда, эритроцитларда, упкада, буйракда ва юрак мушакларида тупланади. Бу аъзолардаги микдори кондагига караганда 200-500 марта куп булади. Бемор организмдан жуда секинлик билан ажралиб чиқади. Охирги марта кабул килингандан сунг II хафтадан кейин бемор танасидаги суюкликларда дорининг микдори 50%га камаяди. Делагил билан муолажа килингандан сунг 50% беморларда 24 соатдан кейин колганларида 48-72 соатдан сунг тана харорати меерига кайтади. Чунки мана шу давр ичида кондаги плазмодийлар батамом улиб булади.

Хлорохин билан даволаш курси уч кунлик ва овале безгагида 3 кун, тропик ва турткунлик безгакда 5 кун давом этади. Биринчи суткада овкатдан сунг 1,0 гр /4 таб./, 6-8 соатдан сунг 0,5 гр /2 таб/. Иккинчи, учинчи кунлари 0,5гр /2 таб/дан кунига бир махалдан берилади. Шундай килиб даволаш курслик дозаси учкунлик ва овале безгагида 2,5гр. Тропик ва турткунлик безгакда туртинчи ва бешинчи кунлари 0,5гр дан /2 таб./ кунига бир махалдан берилади. Демак безгакни бу формаларида курслик дозаси 3,5гр. Делагил кабул килаётганда купрок сув ичиш тавсия этилади. Айрим холларда

муолажа давомида кунгил айнаш, кайт килиш, териси кичишиши, дерматит ва бошка тез утувчи ножуя таъсири окибатлари кузатилади. Бемор кайт килганда делагилнинг бошлангич микдори томир оркали юборилади: 1 ёшдан катта болаларга 5 мг/кг, катгаларга 20 мг/кг хисобидан 5% эритмасидан.

Амодиахин катгаларга биринчи кунда икки кабулда 3 таблетка; 2-3 кунлари бир кабулда 2 таблеткадан. Амодиахин болаларга худди хлорохиндек микдорда берилади.

Хлорохин пароксизмал хуружни жуда тез тухтатади, хамда 24-48 соат давомида эритроцитлардаги безгак паразитини йук килади.

Учкунлик ва овале безгагини радикал даволаш учун гистошизотроп дорилардан примахин ёки хиноцид берилиши керак. Бу дорилар хингамин билан бирга ёки хингамин бериб булгандан сунг тавсия этилади. Примахин билан даволаш курси 14 кун давом килади. Суткали микдори 27мг ни овкатдан кейин бир ёки уч кабулда ичилади.

Безгакнинг тропик ва турткунлик формасида примахин 15мг дан 3 кун давомида бир мартадан ёки бир кунда бир кабулда 45 мг берилади.

Дориларга чидамли штаммлар билан кузгатилган тропик безгакни даволаш усуллари

Дориларга чидамли безгак паразитининг икки гурухга булинади: бирламчи ва иккиламчи. Бирламчи чидамлилиги шу штаммнинг генетик тузилишидан келиб чиккан булиб, дориларни куллаш бошпанишиданок маълум булади. Иккиламичи ёки орттирилган чидамлилик бошланишида яхши таъсир килаетган дориларни маълум бир давр кулланилгандан кейин номоён булади. Купинча тартибсиз кулланилганда.

Уч кунлик, овале ва турткунлик безгакларда 4-аминохинолин хосилаларига чидамли штаммлар йук. Шунинг учун бу безгак турлари хингамин билан яхши даволанади.

Хлорохинга чидамли тропик безгакда асосан куйидаги дорилар кулланилади: хинин, мефлохин, сульфаниламидлар, сульфолар, приметамин, триметоприм ва тетрациклин. Ёки бирлаштирилган дори воситалар - фансидар, фансимеф, метакельфин, дарахлор, камоприм ва б.

Хинин катгаларга суткасига 2,0гр дан 3 кабулда ичишга, болаларга 10мг/кг дан суткасига, 7-10 кун давомида. Ёки 3 сутка

давомида 2гр дан хинин ва 1,0гр дан тетрациклин ёки 0,2гр дан суткасига доксациллин 7-10 кун давомида. Ёки суткасига 2,0гр дан хинин 3 кун ва фансидар (И таблеткасида 0,5гр сульфадоксин ва 0,025гр приметамиин) 3 таб. бир кабулда, болаларга 6 хафталикдан то 4 ёшликгача - $\frac{1}{2}$ таб., 4-8 ёшликга - $\frac{3}{4}$ таб., 8-14 йшда - 1-2 таб. суткасига бир кабулда. Метакельфин /сульфален ва приметамиин/ хам худда шундай схема буйича берилади. Фансидар мефлохин билан биргаликда фансимефа /И таблеткаси 0,25 мефлохин, 0,5гр. сульфадоксин ва 0,025гр. приметамиин/ холида 2-3 таблеткасини бир кабулда ичилса жуда яхши натижа беради.

Хлорохинни /делагил/ 5% эритмаси ампулада 5мл дан ишлаб чиқарилади. Безгакни хлорохинга сезгир штамми кузгатган оғир формасида суткасига 20-30мг/кг хисобида 6-8 соат оралаб 3 кабулга булиб томирдан ёки мушакка юборилади. Томирдан юборилганда 250-500мл изотоник глюкоза эритмасига кушиб минутига 40-60 томчидан юборилади. Ёш болаларда коллапсни олдини олиш максатида факат мушакка юборилади (8-10мг/кг ёки 0,2мл/кг 5% ли эритмасидан).

Муолажани 2-3 кун булишига карамасдан конда безгак паразитини микдори юкори даражада булса, бу хлорохинга чидамли штаммилигидан дарак беради. Бундай холларда хлорохинни бошка дорилар, жумладан, хинин ёки фансидар билан алмаштириш керак. Хининни 3 хил тузи бор: хинин сульфат, хинин гидрохлорид ва хинин дигидрохлорид. Хинин сульфат ва хинин гидрохлорид - порошок, таблетка ва капсулада чиқарилади, хинин дигидрохлорид эса 25-50% эритма холида 1мл ли ампулада чиқарилади. Хинин катталарга хам ёшларга хам бир кабулга 5-10 мг/кг дан 6-8 соат оралаб суткасига 3 марта глюкозанинг 250-500 мл изотоник эритмасида минутига 40-68 томчидан томир ичига юборилади. Беморнинг ахволи яхшилангандан сунг хинин ичишга буюрилади. Бир вақтнинг узитда патогенетик муолажа хам олиб борилади: гемодез, полиглюкин, реополиглюкин, тузли эритмалар, глюкокортикостероидлар, осмотик диуретик (маннитол суткасига 1-3гр/кг) ва салуретик (лазикс суткасига 1-2 мг/кг), натрий гидрокарбонати, юрак ва кон томир фаолиятини яхшиловчи дорилар, витаминлар, кон ва кон препаратлари, гемодиализ ёки

перитонеал диализ. Имкон булса тугридан тугри кон алмаштириш керак.

Гемоглобинурия ривожланса дарров шокка карши олиб бориладиган хамма муолажаларни килиш зарур, гемодиализ ёки гемосорбция, гемолиз чакириши мумкин булган дориларни дархол тухтатилади, 10-20мл/кг хисобидан янги донор конидан юборилади. Мия моддасини шиши ва букишига карши, яллигланиш ходисаларини олдини олишни таъминлайдиган комплекс муолажа утказилади. Сунъий вентиляция килинади ёки бемор барометрик камерага жойлаштирилади.

Профилактикаси.

- Безгак касаллигини олдини олишда асосан кимёвий профилактикадан фойдаланилади. Бунинг учун эндемик учокка кетаётган Ўзбекистон фукаросига кетишига 1 хафта қолганда 0,5 гр делагил ичилади ва эндемик учокда бўлган вақтида доимо хавтасига 1 мартадан 0,5 гр. дан делагил ичади. Сўнгра қайтиб келгач 4-8 хафта давомида 0,5 гр. дан делагил ичиш давом этилади.

- Аниқланган паразит ташувчи шахслар албатта гамонтоцид дорилар (хлоридин, прогуанил, хиноцид, примахин ва б.) билан даволаниши керак. Беморлар эса албатта касалхонага ётқизиб (чивин чақишидан асраб) даволанади, ва касалхонадан, паразитдан фориғ бўлганидан кейин 1-2 хафта ўтгач чиқарилади. Диспансер кузатув, тропик безгакда – 1-1,5 йил, уч кунлик безгакда – 2-2,5 йил олиб борилади. Бу давр ичида, кузатилувчи шахсда ҳар қандай иситма бўлса ҳам қондан суртма ва “қалин томчи” тайёрланиб безгак плазмодияларига текширилади.

- Трансфузион безгакнинг олдини олиш учун донорларни тўғри танлаш, бу мақсадда уларни ҳам паразитологик ва ҳам серологик текширувлардан ўтказиш зарур.

- Ушбу чоралар билан бир қаторда чивинлар чақишидан сакланиш чораларини кўриш – тўрпарда ва пашшахоналардан фойдаланиш, терига ва кийимларга репелентлар (ДЭТА, диметилфталат ва б.) суртиш, ҳимояловчи кийимлардан фойдаланиш керак (28-расм).

- Ҳозирда шизонтларга ва спорозоитларга қарши вакциналар яратилган ва қўлланмоқда.



8-расм. Безгак профилактикаси.

Эндемик ўчоқларда безгакга қарши ЖССТ нинг кўп йиллик дастури бўйича кенг кўламда ишлар олиб борилмоқда. Тропик безгакни бошидан кечирган одамлар 1½ йил мобайнида, уч кунлик безгак билан оғриб утган шахслар 2½ йил мобайнида диспансер назоратида буладилар.

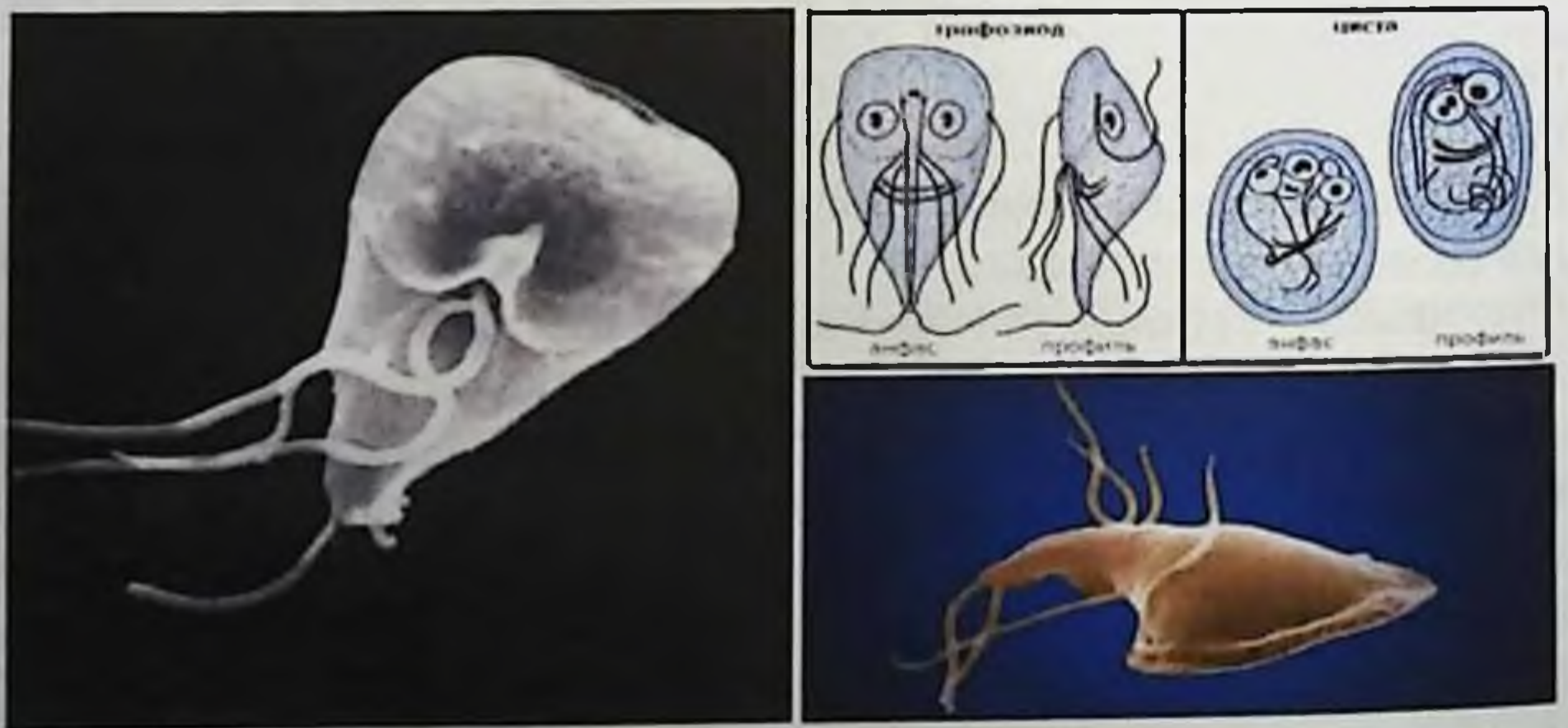
Безгак жихатидан нотинч булган жойларда шахсий профилактика утказилади. Шу максатда хлорохин 0,5гр. ёки фансидар 1 таблетка ёки метакельфин 1 таблетка ёки мефлохин 1,5гр. бир мартадан ҳафтасига қабул қилинади. Химиопрепаратлар эндемик ўчоққа кетишдан 4-5 кун олдин, эндемик ўчоқда булган даврда ҳар ҳафтада бир мартадан ва эндемик ўчоқдан чиққач 4-8 ҳафта давомида ҳафтасига бир мартабадан қабул қилинади. Безгакни шизонт формасини олдини олиш учун донор танлашда тўрт кунлик безгак билан оғриганларни, серологик анализи мусбат булганларни ҳамда эндемик ўчоқда 3 йил яшаб қайтиб келганларни қон олишдан четлатилади.

Чивин купаядиган жойларни йукотиш, боткокликларни қуритиш ва сув хавзаларини тозалаш ва чуқурлаштириш ишларини олиб бориш керак. Чивин учиб қирмаслиги ва чакмаслиги қоралари қурилади. Чивин личинкасига қарши қурашишда биологик усуллардан фойдаланилади. Личинка истеъмол қиладиган гидробионлар /ламбузиа аффинис балиги, қарп, ёшроқ амур балиги/, антагонистлар /нерметинга ухшаш нематодалар/, личинкалар учун патоген ҳисобланган замбуруглар /микроспория - Носена алгерасе/ ва Б.Тҳарингиенсис бактерияси. Спорозонтларга, мерозонтларга ва шизовтларга қарши вакцина қуллаш ҳам яхши натижа беради.

ЛЯМБЛИОЗ

Лямблиоз - болалар ва катталар орасида кенг тарқалган протозой-инфекцион касаллик бўлиб, клиник меъда-ичак тракти ва гепатобилиар тизим аъзолари яллиғланиш белгилари билан тавсифланади. Лямблиоз кўзгатувчиси-Ламблиа интестиналис (Гиардиа ламблиа) 1681 й Левенгук томонидан топилган, биринчи марта касаллар нажасидан 1859 йилда олим Д.Ф. Лямбль томонидан аниқланганлиги учун унинг номи билан аталган. Ҳозирги пайтда Л. Интестиналис дан ташқари Л. мурис ва Л.Агилис турлари қайд этилган. Л. интестиналис нинг 7 подтипи аниқланган.

Этиологияси. Вегетатив шакли поксимон формада бўлиб, ён томонидан кўрилганда кўштирноққа ўхшайди. Вегетатив шаклининг узунлиги 9-18мкм, эни-5- 10мкм келади. Танасининг олдинги қисмидаги вентрал томонида сўрувчи диск бўлиб, у бўртиб туради. Шу бўртиб турган қисми билан ингичка ичак шиллик каватига кириб олади ва ичак юзасида сакланиб туради. Ҳар бир трофозойда 4 жуфт хивчинлари бўлади. Хивчинлар ёрдамида улар ҳаракатланади. Лямблиянинг цисталари овал шаклда, рангсиз, узунлиги 10-14мкм, эни 6-10мкм, юзаси 2 контурли қаттиқ парда билан қопланган. Люголь эритмаси билан ишлов берилган препаратларда етилмаган цисталарда 2та, етилган цисталарда 4та ядро ва бошка структурали элементлар кўринади.

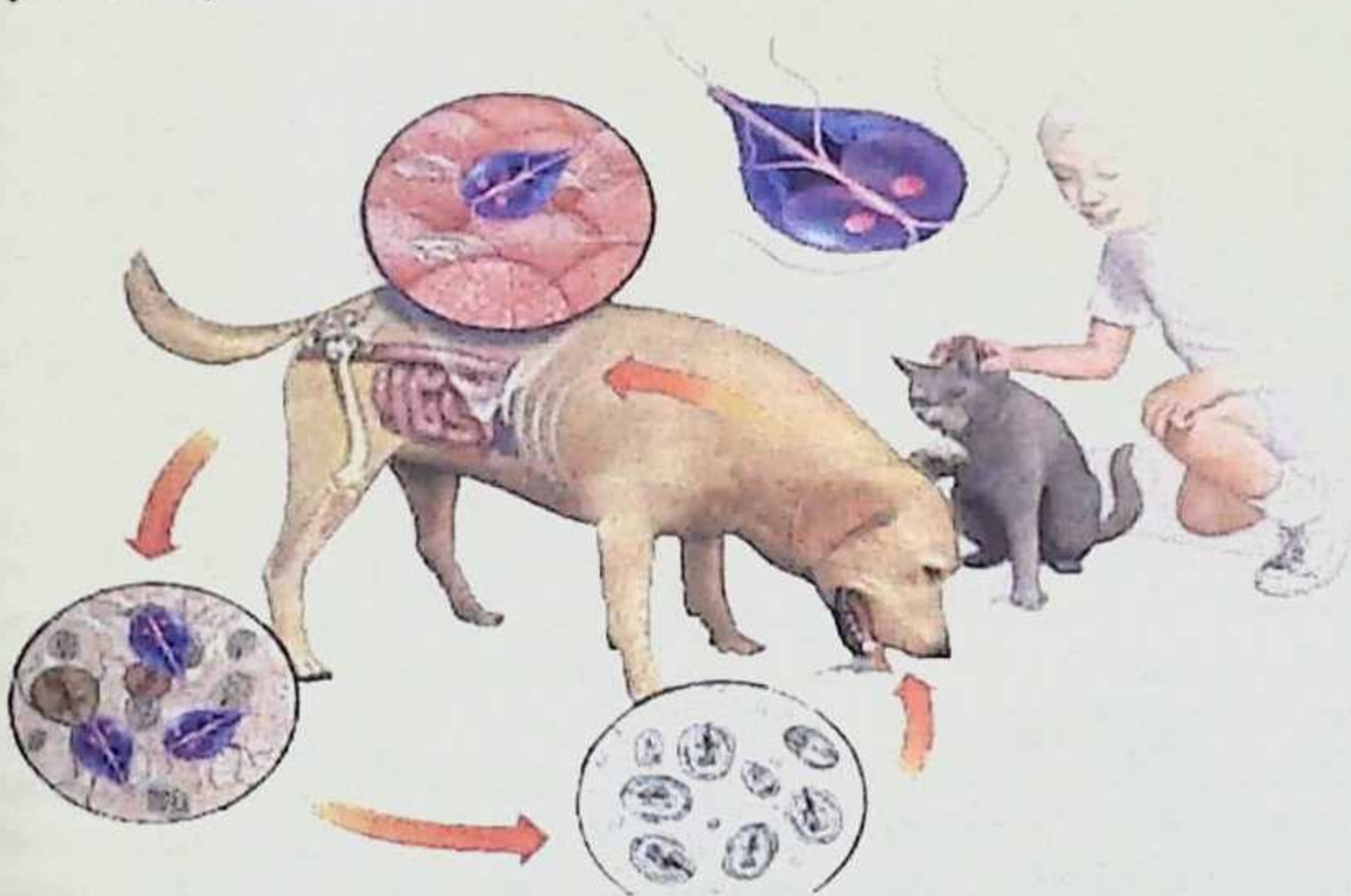


29-расм. Лямблиянинг вегетатив ва циста шакли

Цисталар 10-15 минутдан кейин Лямблиянинг вегетатив шаклларига айланади. Лямблиянинг вегетатив шакллари ташқи муҳит

шароитига чидамсиз ва 5-10 минутдан кейин ҳалок бўлади. Цисталари чидамли бўлади. Хона ҳарорати 3-5 кундан 2 ҳафтагача сақланади, тупрокда -60 кун, сувда 35-80 кунгача сақланади. Куритилганда ва юкори ҳароратда ҳалок бўлади. 70Сда-30-40 секунд, куритилганда-1-2 минут, қайнатилганда ўша заҳотиёк ўлади. Хлорамин ва бошқа хлор сақловчи дезинфекция воситалари лямблия цисталарига таъсир қилмайди.

Лямблиоз билан зарарланган одамга ташки муҳитга кўп микдорда Лямблия цисталари ажралади. Жумладан, боланинг 1гр нажасидан 241.800 та, катталарда эса 12 млн гача (суткасида 18 млрд дан ортиқ) цисталар чиқади. Цисталар организмдан узлуксиз ва узлукли чиқиши мумкин. Илмий адабиётдаги маълумотларга кўра, зарарланган одамнинг 4,7% ида доимий, 95% ида даврий тарзда циста ажралиши кузатилади.



30-расм. Лямблияларни айланиши цикли

Эпидемиологияси. 1) Фекал орал механизм 2) Сув орқали 3) Алиментар йул билан 4) Маиший мулоқот орқали лямблиоз маиший-мулоқот йўли ва сув орқали тарқалади. Ифлосланган пуллар, уй жиҳозлари, болалар ўйинчоклари, мева ва сабзавотлар тарқалиш омили ҳисобланади. Маиший-мулоқот йўли орқали тарқалишида катталар орасида лямблиоз инвазиясининг спорадик ҳоллари келиб чиқади, ҳатто оилавий ўчоқлар пайдо бўлади. Болалар боғчаларида маиший-мулоқот йўли билан тарқалишида санитар-гигиеник режимни

ҳисобга олганда, 18-20%дан 60-75%гача касаллик учрайди. Сув орқали тарқалишида лямблиознинг эпидемиялари юзага келади. АҚШ да 1965 й. 23та лямблиоз эпидемиялар бўлган ва бунда 7009 нафар одам зарарланган (ВОЗ, 1983).

Классификацияси

- А) Лямблиоз ташиб юрувчилар (соғлом);
- Б) Лямблиознинг ичак шакли:
 - а) субклиник лямблиоз;
 - б) 12 бармоқли ичакнинг лямблиозли дискинезияси;
 - в) лямблиозли дуоденит;
 - г) ингичка ичакнинг лямблиозли дискинезияси;
 - д) лямблиозли энтерит;
 - е) лямблиозли энтероколит;
- В) Лямблиоз билиар шакли:
 - а) ўт чиқариш йўллари дискинезияси; б) ўткир холецистит; в) сурункали холецистит; г) сурункали холангиогепатит;
- Г) Асоратлари:
 - а) ошқозон томонидан бўладиган функционал бузилишлар; б) гастрит; в) ошқозон ости беши томонидан бўладиган функционал бузилишлар; е) панкреатит.
- Д) Лямблиоз кўшилиб келган касаллик сифатида (микстинфекция).

Клиникаси. Лямблиоз ташиб юрувчиларга (соғлом) қисқа вақт (1-2 ҳафта). Лямблияларнинг ингичка ичакнинг юқори қисмида туриши киради. Бунда ҳеч қандай функционал бузилишлар, иммунологик ўзгаришлар кузатилмайди. Бемор ўзини яхши ҳис қилади. Бу ҳол паразитликнинг компенсацион шакли дейилади ва даво ланишни талаб қилмайди.

Субклиник лямблиоз- функционал бузилишлар, иммунологик ўзгаришларнинг бўлиши, касалликда яққол симптоматиканинг намоён бўлмаслиги ва бемор ўзини яхши ҳис қилиши билан характерланади. Функционал бузилишлар жумласига ингичка ичакда углеводлар, ёғлар, айрим витамин (А,В12,С) нинг сўрилишнинг бузилиши киради. Иммунологик ўзгаришларга периферик қонда Т-лимфоцитларнинг пасайиши, зардобда Т-лимфоцитлар сонининг, лямблиоз антигени билан қон зардобини иммуофлюоресцент, иммуофермент, радиоиммун методлар ёрдамида текширганда ижобий натижа бериши киради.

Беморнинг дуоденал суюқлигида С-реактив оқсил топилади. Эндоскопия, аспирацион биопсия ва биоптатларни ҳис тологик

текширганда юза дуоденит ва еюнитга характерли ўзгаришлар топилади. 12 бармоқли ичак лямблиозли дискинезияси-беморларни симилловчи оғриқлар ва эпигастрал соҳасида нохуш сезгилар безовта қилади. Кулдирашлар қориннинг юқори қисмида бўлади. Пайпаслаганда эпигастрияда доимий бўлмаган оғриқ аниқланади. Рентгенологик текширишда кўп беморларда 12 бармоқли ичак тонус ва моторикасининг бузилишлари қайд қилинади. Эндоскопияда дуоденал рефлюкс аниқланади.

Лямблиозли дуоденит- юқоридаги симптомлар ва доимий, бир оз кучли эпигастриядаги оғриқга хос. Оғриқлар симилловчи характерда бўлиб, асосан кечаси, кўпроқ эрталабга яқин вақтда беморларни безовта қилади. Беморларда ошқозон секретор функциясининг пасайганлиги аниқланади. Рентгенологик текширганда 12 бармоқли ичак тонуси ва моторикасининг бузилиши билан бирга унинг шиллиқ қаватининг рельефи ўзгарган бўлади. Эндоскопияда визуал, биопатларни гистологик текширганда 12 бармоқли ичак шиллиқ қаватининг чуқур диффуз ўзгаришлари ва атрофияси аниқланади. Кўпинча дуоденал рефлюкс регистрация қилинади. Ингичка ичакнинг лямблиозли дискинезиясида - метеоризм, қориннинг ҳар хил қисмларида оғриқларнинг борлиги, кулдираш бўлади. Суткада 1-2 марта бўтқасимон нажас аниқланади. Рентгенда ингичка ичак тонусининг бузилиши, барий пассажиининг тезлашиши кузатилади. Лямблиознинг бу шакли дуоденит симптоматикаси ва юқоридаги функционал ўзгаришлар билан тавсифланади.

Лямблиозли энтеритда -кулдираш, метеоризм ва қориндаги оғриқлардан ташқари диарея ривожланади. Нажас суёқ, кўп миқдорда, сувли ва кўпикли, патологик аралашмасиз, ҳиди одатдагидек, суткада 2-3 мартадан 4-5 мартагача бўлади. Копроцитограммада Лямблиянинг вегетатив шакллари топилади, шаклланган нажасда цисталар бўлади. Беморда умумий ҳолсизлик, дармонсизлик, қорин дамлаши, иштаҳанинг пасайиши, кўнгил айниши бўлади. Иш қобилияти пасаяди. Касаллик узоқ кечганда беморнинг уйқуси бузилади, салга жаҳли чиқадиган бўлади. Умумий захарланиш белгилари, яъни қайд қилиш, тана ҳароратини кўтарилиши, қалтираш бўлмайди. Специфик даво олиб борилмаса касаллик сурункалига ўтади, ремиссия давлари кўзиш давлари билан алмашилиб туради. Кўзиш даври 2-3 кундан 6-7 кунгача чўзилади.

Лямблиозли энтероколитда- йўғон ичакда оғриқ, нажас шиллиқ аралаш бўлади. Копро-цитограммада- лейкоцитларнинг 12-18 тагача ошиши кузатилади. Ректороманоскопияда ҳар 3-беморда йўғон ичак

дистал қисми шиллик қаватида гиперемия кузатилади. Эрозия ва яралар кузатилмайди. Сигмасимон ичак спазми, тенезмлар ва нажасда қон бўлмайди. Кўзиш ва ремиссия давлари алмашилиб туради, энтерит дан фарқи ремиссия даврида беморда қориндаги оғриқ ва метеоризм сакланиб келади.

Лямблиознинг билиар шакли сурункали эндоген интоксикация белгилари (умумий ҳолсизлик, чарчаш, бош оғриғи, уйқунинг бузилиши, иштаха пастлиги, субфебрил ҳарорат), диспептик синдром: ўнг қовурға соҳаси ва эпигастрияда даврий оғриқ қайд қилиниши мумкин. Объектив кўрганда тили оқ караш билан қопланган, қорин қапчиган, ичак қулдираши, пайпаслаганда эпигастрияда, ўнг қовурға соҳасида оғриқ, гепато-спленомегалия, Ортнер-Греков белгиси каби белгилар аниқланади. Беморларнинг бир қисмида тери ва кўринарли шиллик қаватлари сариқлиги, сийдик қизариши тафовут қилинади.

Сурункали лямблиозга характерли симптомлар:

Касаллик сурункали тус олганда меъда-ичак тизими яллиғланишига хос бўлмаган белгилар: тошмалар, аллергодерматит, терида оқимтир доғлар ҳосил бўлиши, соч тўкилиши, уйқуда тиш қайраши, уйқуда оғиздан сўлак оқиши каби белгилар қайд қилиниши мумкин.

Ошқозон-ичак тракти томонидан персистенцияловчи диарея, ич кетиши ва қабзиятнинг алмашилиб туриши, қоринда тўлғоқсимон оғриқ, кўнгил айниши, иштаҳанинг пасайиши;

Умумий аҳволи томонидан - жисмоний ривожланишдан орқада қолиши, тана вазнининг камайиши, умумий ҳолсизлик, гипотрофия;

Тери томонидан - юқорида айтилганлардан ташқари, эшакем, строфулюс, қичима.

Лямблиоз ичак шаклининг ташхисот мезонлари

- * уйқусида тиш қайраши (бруксизм), оғиздан сўлак оқиши;
- * терида аллергик тошмалар тошиши;
- * терида қичиш аломатлари;
- * қорин қапчиши, ичак қулдираши, ичнинг ўзгарувчан кетиши;
- * киндик атрофи, эпигастрияда оғриқ;
- * қонда анемия, эозинофилия кузатилиши;
- * нажасда Лямблияларнинг вегетатив шакли аниқланиши;
- * юқоридаги белгилар қайд қилиниб, Лямблияларнинг спораси топилиши.

Давоси

Лямблиознинг специфик даволашда ҳозирги кунда метронидазол (трихопол, клион, флагил), тинидазол (фасижин), энтамитозол,

фуразолидон, аминохинол, макмирор, тиберал, экдистен, интетрекс, зентел, мератин препаратларидан фойдаланилади.

Этиотроп даво воситалари таъсирида Лямблияларни оммавий парчаланиши натижасида ҳосил бўладиган метаболитларни ичакдан қонга сўрилиб юзага келтирадиган Яриш-Гейксгеймер реакциясини бартараф қилиш мақсадида дюфалак буюрилиши мақсадга мувофиқдир.

Касаллик оқибатлари

Бу касалликда одамнинг вазни ҳамиша камаяди, унда ланжлик, жиртакилик пайдо бўлади, бош айланади. Гижжа ичакда бўлса, ич қотади ёки ичи кетади, кўнгил айнийди, баъзан бемор қайт қилади, жигарда бўлса, кўз оқи ва бадан сарғаяди, шиш пайдо бўлади. Ўпкада бўлса, йўтал тутади, меҳнат қобилияти пасаяди, бола яхши ўсмайди, хотираси сусаяди ва ҳоказо. Шифокорларнинг кузатишларича, ёш болалар инжик, паришонхотир бўлиб қолиши мумкин, мактаб ёшидаги болаларнинг эса жисмоний ва ақлий ривожланиши, хотираси сусайиб, ўзлаштириш қобилияти пасайиб қолади, катталарда меҳнат қобилияти бузилади.

Лямблиознинг муваффақиятли профилактикасига эпидемик жараённинг учала занжирига: инфекция манбаи, юқиш йўли ва организм мойиллиги кабиларга қаратилган, комплекс тарзда ўтказилган санитар - гигиеник, даво профилактик ва эпидемияга қарши чора - тадбирлар ўтказиш орқали эришилади.

1. Барча шахсий гигиена қоидаларига ва даволаш режимига амал қилиш керак. Жумладан, овқат олдидан ва ва ҳожатхонага бориб келгач, қўлларни совунлаб ювиш, баданни озода тутиш, ички кийим ва чойшаб, ўрин-кўрпа жилдларини тез-тез алмаштириб туриш.

2. Гўшт, сабзавот, мева ва бошқа маҳсулотларни ветеринария ва санитария назоратидан ўтказиш шарт.

3. Уй ҳайвонларини парвариш қилиш қоидаларига амал қилиш керак.

4. Сабзавот, мева ва бошқа маҳсулотларни истеъмол қилишдан олдин яхшилаб ювиш керак.

5. Острицалар бўлса, махсус кийим кийиб ухлаб ва уларни ҳар куни қайнатиб, иссиқ дазмол билан дазмоллаб туриш керак.

6. Ҳожатхонага бориб келгач, яна уйку олдидан ва уйкудан кейин орқа чиқарув тешик атрофини ювиб туриш ва унга вазелин суртиб қўйиш тавсия этилади.

7. Гўштларни тоза ювиб, яхши қовуриб ёки пишириб ейиш тавсия этилади.

8. Фақат қайнатилган сув билан ювилган сабзавот, меваларни овқатга ишлатиш лозим.

9. Гельминтозларга хос белгилар пайдо бўлганда албатта шифокорга муурожаат қилиш керак.

10. Болаларнинг кўчада дайди итлар, мушуклар билан ўйнашига йўл қўймаслик лозим.

11. Бинони, хонани яхшилаб супуриб-сидириш, идиш-товоқдарни, ўйинчокдарни ювиш, мебелни артиш, айникса, ҳожатхоналарни ва тувакларни дезинфекция қилиш шарт.

12. Ота-оналар ҳамда муассаса ходимлари билан махсус ва такрор-такрор суҳбатлар ўтказиб, гижжаларнинг юқиш йўллари ва бунинг олдини олиш усулларини тўғри ва тўла билиб олишларига эришиш керак.

13. Гижжалар ташқи муҳит объектлари - тупроқ, сабзавот, полиз неъматлари, резавор мевалар, зираворлар, ошкўклар, мевалар, идиш-товоқлар, ифлос кўллар, буюмлар, кийим-кечаклар ва бошқалар орқали юқишини унутмаслик керак.

14. Гижжа касалликларида ўз-ўзини ҳар хил билиб-билмас доривор воситалар ва усуллар билан даволаш тавсия этилмайди. Бу айрим асоратларга олиб келиши мумкин.

15. Ичи келиб-келмайдиган, хуружли одамлар ва болалар гельминтоз касалликлари борми ёки йўқлиги текширилиши керак ва бошқалар.

16. Таомларда лимон истеъмол қилиб юриш керак.

17. Саримсоқ қайнатилган сут ичиб юриш керак.

18. Оч қоринга ошқовок уруғини саримсоқ билан истеъмол қилиш керак,

19. Шакар ёки асал билан аралаштирилган сабзи шарбатини оч қоринга кунига 1-2 ош қошиқда ичиб юриш керак.

20. Уч ошқошиқ сабзининг бўтқасини бир стакан сутда қайнатиб, бир ошқошиқдан кунига 3-4 маҳал

21. истеъмол қилиш тавсия этилади.

22. Шувоқ, саримсоқ дамламасидан клизма қилиш тавсия этилади.

ТИББИЙ АТАМАЛАР (ГЛОССАРИЙ)

Авирулентлик - касаллик пайдо қилиш хусусиятини йўқотган, патогенлиги сусайган микроорганизм.

Авитаминоз - организмда витамин етишмаслиги натижасида пайдо бўладиган касаллик.

Агглютинация - суюқликда тарқалган бактерия, эритроцит ва бошқа турли хужайраларнинг бир-бирига ёпишиб, чўкиш ходисаси.

Адаптация- мослашув - ташқи шароитга мосланиш, ўрганиш; ҳар қандай организмнинг, шунингдек, популяция ва бошқа биологик турларнинг ўзгарган ёки ўзгараётган яшаш шароитига мослашиб бориш жараёни.

Адинамия- куввацизлик, бедармонлик.

Адсорбция - модда заррачаларининг иккинчи модданинг устки ёки юза қатламига сингиш жараёни.

Алиментар - овқат азм қилиш ҳамда модда алмашинувида хос деган сўз.

Аллергик реакция- организмнинг алергенга нисбатан сезувчанлиги ортиши клиник белгиларининг умумий номи.

Анамнез -беморнинг ҳаёт шароити ва касаллик тарихи ҳақида сўраб тўпланадиган маълумотлар.

Анорексия - иштаҳасизлик, овқатдан юз ўгириш.

Антигелюлар - организмга ёт жисмлар, оқсил табиатли модда (антиген) киритилганда унга қарши қон зардобида ҳосил бўладиган моддалар.

Антитоксик зардоб - токсинларга қарши ишлатиладиган зардоб.

Антитоксинлар - организмга бактериялар, ҳайвон ва ўсимликлар захари тушганда қон зардобида унга қарши ҳосил бўладиган ва уларни нейтраллайдиган моддалар.

Аутоинфекция - организмнинг ўзидаги шартли патоген микрофлорадан касалланиши.

Аэроблар - кислородли муҳитдагина яшайдиган микроорганизмлар.

Бактериemia –айланаётган қонда бактериялар мавжудлиги.

Вакцинопрофилактика - вакцина ёрдамида касалликнинг олдини олиш.

Вакциноотерация -вакцина билан даволаш.

Гиповитаминоз – овқат таркибида етарли миқдорда витаминлар бўлмаслиги натижасида организмда витаминларнинг етишмаслик ҳолати.

Дезинфекция–атроф-муҳитдаги юқумли (инфекцияли) касалликларнинг кўзатувчиларини йўқ қилиш.

Декомпенсация – тикланиш қобилиятининг йўқолиши. Бирор аъзо ёки физиологик тизимининг ўз иш қобилиятини йўқотиши.

Дератизацион воситалар – кемирувчиларни йўқотиш учун қўлланиладиган воситалар.

Паразитар касалликлар

Дисбактериоз – антибиотиклар билан узок даво килинганида аллергияк ичак, кин ва бошқа бўшликларда табиий флора ҳалок бўлиб, патоген флора пайдо бўлиши.

Иммунизация-эмлаш – юкумли касалликларнинг олдини олиш мақсадида махсус эмлаш воситаларини белгиланган муддатларда ва ёш гуруҳига қараб қўллашга асосланган эпидемияга қарши тадбир.

Иммунитет - организмнинг юкумли ва юкумсиз агентлар ҳамда моддаларга берилмаслиги.

Иммуноглобулинлар - юкумли агентларга йўналтирилган иммунитет воситаси.

Кахексия - организмнинг умумий атрофияга учраши, кучли даражада озиш, дармонсизланиш.

Лейкопения - қонда лейкоцитлар сонининг камайиши.

Метаболизм - тирик организмнинг тўқима ва ҳужайраларида тўхтовсиз бўлиб турадиган моддалар алмашинуви жараёни.

Метаболитлар - организмда моддалар алмашинувида пайдо бўладиган турли оралик ва охирги моддалар.

Пандемия - бир неча қитъалар ёки мамлакатларда юкумли касалликларнинг ёппасига тарқалиши.

Патогенлик - касаллик пайдо қилиш ташқи омиллар (микроорганизмлар ва ҳоказолар) организмга таъсир қилганда касаллик пайдо қилиш хусусияти.

Сенсибилизация - организмнинг бирор таъсиротга, аллергияга нисбатан жуда сезгир бўлиб қолиши.

Спазмолитиклар - ички аъзолар силлиқ мушакларининг спазмини (тиришиб қолишини) бўшаштирадиган дори воситалари.

Стериллаш - юқори ҳароратда, босимда ёки турли бактерицид моддалар таъсири билан микроорганизмларни зарарсизлантириш.

Суперинфекция - бирор инфекцион касаллик тугамай туриб, шу инфекция микроби билан қайтадан касалланиш.

Экзоген - ташқи муҳит таъсирида келиб чиққан, организмга бирор ташқи омилнинг таъсири туфайли юз берган.

Эндемия - бирор жугрофий шароитдаги табиий омиллар тақозоси билан ўша жойда учрайдиган касаллик.

Эндоген - организмнинг ички муҳитига боғлиқ бўлган-сабаблар натижасида вужудга келадиган нарса, бирорта ҳодисанинг ички муҳитга боғлиқ бўлиши.

Эпидемия - бирор юкумли касалликнинг, асосан инфекцияларнинг бир ўлкада одамлар орасида ёппасига тарқалиши.

Фойдаланилган адабиётлар руйхати

1. Абдиев Т.А., Эгамбердиев О.А., Абдиев Ф.Т., Саидахмедова Д.Б., Абдусатторов М.М., Вахобов Т.А., Коваленко Д.А., Махмудова Л.Б. Клиническое руководство по гельминтозам – Ташкент – 2013.
2. Абдиев Т.А., Саидахмедова Д.Б., Сувонкулов У.Т., Ахмедова М.Д., Саипов Ф.С., Махмудова Л.Б., Абдиев Ф.Т., Вахобов Т.А., Коваленко Д.А., Качугина Л.В., Анваров Ж.А. Паразитарные болезни человека в Узбекистане – Ташкент -2018.
3. Ахмедова М.Д., Облокулов А.Р., Мирзажонова Д.Б. Юкумли касалликларда хамширалик иши. Тошкент. 2018.
4. Даминов Т.А. Инфекционные болезни с детскими инфекциями. 1-2 часть. Тошкент 2011.
5. Даминов Т.А., Туйчиев Л.Н., Таджиева Н.У. Инфекционные болезни в деятельности врача общей практики Тошкент-2007.
6. Козлов С.С., Сергиев В.П., Лобзин Ю.В. Паразитарные болезни человека. Протозоозы и гельментозы. Издательство: Фолиант (мед), 2016 г. 639 С.
7. Лысенко А.Я., Кондрашин А.В. Маяриология. – ВОЗ. – Женева. -1999.
8. Лысенко А.Я., Владимова М.Г., Кондрашин А.В., Майори Д.Ж. Клиническая паразитология. – Женева. – ВОЗ. – 2003.
9. Мяндина Г.И., Тарасенко Е.В. Медицинская паразитология – Москва – 2018.
10. Облокулов А.Р., Облокулов А.А. Паразитар касалликлар. Ўқув қўлланма. Бухоро. 2019. 112 бет.
11. Шувалов Е.П. Тропические болезни – Москва. – 1989.
12. Чебышев Н.В., Далин М.В., Гусев В.К., Гузикова Г.С., Карпенко Л.П., Демченко А.Н. Атлас по зоопаразитологии. Учебное пособие. М.: ММА им. И. М. Сеченова, РУДН, 1997. - 171 с.

