

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ**

**«ЭПИДЕМИОЛОГИЯ» ФАНИДАН АМАЛИЙ
МАШҒУЛОТЛАР УЧУН МЎЛЖАЛЛАНГАН
УСЛУБИЙ ҚўЛЛАНМА**



**ОИВ инфекциясининг
этиологияси,
эпидемиологияси ва
профилактикаси**

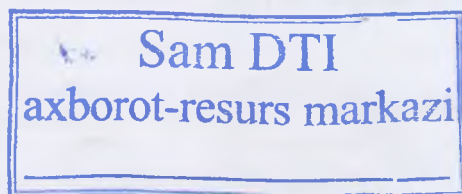
САМАРҚАНД - 2021

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

**ОИВ инфекциясининг этиологияси, эпидемиологияси ва
профилактикаси.**

*Тиббиёт институти педиатрия, даволаш, тиббий педагогика, тиббий
профилактика факультети 4-5 ва 6 курс талабаларига ва
стоматология факультети 4 курс талабаларига «Эпидемиология»
фанидан амалий машғулотлар учун муължалланган услубий қўлланма*



САМАРҚАНД- 2021

Тузувчилар:

- Муродқосимов С. Самарқанд Давлат медицина институти,
эпидемиология кафедраси доценти
- Умирзаков З. Б. Самарқанд Давлат медицина институти,
эпидемиология кафедраси мудир
- Исмоилов О.И. Самарқанд Давлат медицина институти,
одам анатомияси ва клиник анатомия
кафедраси доценти
- Коржавов Ш.О. Самарқанд Давлат медицина институти,
одам анатомияси ва клиник анатомия
кафедраси ассистенти

Тақризчилар:

- Осланов А.А. Самарқанд Давлат медицина институти
М.О.Ф. ассистенти.
- Умаров К.Д. Самарқанд вилоят ОИСТга қарши кураш
маркази методика ва профилактика булим
мудир, олий тоифали врач.

Аннотация. Ушбу услубий қўлланма юқумли касалликларнинг долзарб муаммоси – ОИВ этиологияси, патогенези, клиникаси, клиник классификацияси, ташхиси, қиёсий ташхиси, давоси, профилактикасига бағишланган. Бу услубий қўлланмада ОИВ инфекцияси эпидемиологияси, хасталанган беморларни даволаш ва эпидемияга қарши утказиш тартиби, диспансер кузатуви, иммунопрофилактика тадбирлари ҳақидаги маълумотлар батафсил берилган. Мулоқотдан кейинги профилактика турлари, ўтказиш тартиби ҳақидаги маълумотлар, ОИВ билан касалланган болаларда иммунопрофилактика тартиби ҳақидаги маълумотлар услубий қўлланма мазмунини бойитган. Ушбу услубий қўлланма тиббиёт институти талабалари учун мўлжалланган.

Услубий қўлланма Ўзбекистон Республикаси Турон академиясининг Самарқанд минтақавий бўлимининг Илмий кенгашида муҳокама қилинган ва тасдиқдан ўтказилиб, нашр қилишга тавсия этилган.

«26» март 2021 й. Баённома № 12/21.

Илмий кенгаш котиби:



Р. А. Исмаилов

Президент АН Турон

МУНДАРИЖА

Тиббий атамалар.....	4
Кириш	5
Амалий машғулот режаси ва ўтказиш тартиби.....	9
ОИВ инфекцияси хақида умумий тушинча.....	11
Этиологияси.....	11
Эпидемиологияси.....	12
Патогенези.....	13
Классификацияси ва клиникаси.....	15
ОИВ инфекцияли беморларда оппортунистик касалликларни кечиши.....	22
Диагностикаси.....	36
Даволаш.....	40
Профилактикаси.....	45
ОИВ инфекция билан касалланган беморлар иммунопрофилактика тадбирлари.....	55
ОИВ инфекцияли беморларни диспансеризацияси.....	63
Тест саволлари.....	71
Вазиятли масалалар.....	75
Иллюстрацион материаллар.....	77
Адабиётлар рўйхати.....	87

ТИББИЙ АТАМАЛАР

ВЮ	Вирус юклама
ДНК	Дезоксирибонуклеин кислота
ЖРКЛ	Жадал ривожланувчи кўп ўчоқли лейкоэнцефалопатия
РҚТ	Ретровирусга қарши терапия
ИФА	Иммунофермент анализ
ИБ	Иммуноблотинг
КС	Капоши саркомаси
МАТБЛ	Марказий асаб тизимини бирламчи лимфомаси
МКП	Мулоқотдан кейинги профилактика
МРТ	Магнит резонанс томографияси
НХЛ	Ноходжин лимфомаси
ОГВ	Оддий герпес вируси
ОИВ	Одамнинг иммунотанқислик вируси
ОИТ	Ошқозон ичак тракти
ОИТС	Ортирилган иммунитет танқислиги синдроми
ОМС	Орқа мия суюқлиги
ОПВ	Одам папилома вируси
ПЗР	Полимераза занжир реакцияси
РНК	Рибонуклеин кислота
СРО	С реактив оксил
ЦМВ	Цитомегаловирус
ХК	Ходжин касаллиги

КИРИШ

Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимида амалга оширилаётган ислохотлар жараёнида аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, шу жумладан, ОИВ инфекциясининг профилактикаси, диагностикаси ва даволаш масалаларида ҳам ижобий натижаларга эришилди. Мамлакатда 2007 йилдан бошлаб шу кунгача ОИВ инфекцияси тарқалишининг олдини олишга қаратилган 2 та Стратегик дастур ва 2014- 2016 йилларда Ўзбекистон Республикасида ОИВ инфекцияси тарқалишига қарши курашиш соҳасидаги Давлат дастури қабул қилинган бўлиб, ушбу дастурларда Республикамизда ОИВ инфекциясини тарқалишини олдини олишга қаратилган барча тадбирлар ўз аксини топган.

Республика ОИТСга қарши курашиш маркази таркибида 60 шифо ўрнига эга бўлган барча замонавий талабларга жавоб берадиган клиника ташкил этилиб, фаолият кўрсатмоқда.

Тиббий муолажаларнинг хавфсизлигини таъминлаш мақсадида Глобал жамғарма ва бошқа донор ташкилотларнинг 8,0 млн. АҚШ долл. миқдоридаги маблағлари жалб қилиниб, тиббиёт муассасалари учун бир марталик тиббий буюмлар, жиҳозлар олинди ҳамда ОИВ инфекцияси ва у билан ёндош кечувчи касалликларга ташхис қўйиш имконини берувчи замонавий асбоб-ускуналар харид қилиниб, ўрнатилди.

ОИВ инфекцияли беморларни даволаш мақсадида ретровирусга қарши дори препаратларини харид қилиш учун 2013 - 2017 йилларда Глобал жамғарма томонидан 11,1 млн. АҚШ доллари ва Ўзбекистон Республикаси Давлат бюджетидан 3,8 млн. АҚШ доллари миқдоридаги маблағ ажратилди. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2014 йилдаги 256 сонли қарори билан тасдиқланган Низомга мувофиқ, ОИВ билан касалланган 18 ёшгача бўлган болаларга ҳар ойда давлат нафақаси берилиши белгиланган.

ОИВ инфекциясини катъий даволаб бўлмаслиги сабабли, инфекция тарқалишига қарши курашда профилактика – яъни янги зарарланишларнинг олдини олиш асосий вазифа бўлиб хизмат қилади. Шу сабабли ҳам Республикамизда мазкур касалликнинг олдини олиш борасида мунтазам равишда тизимли ишлар олиб борилмоқда, ушбу соҳага оид барча муносабатларни замон талаблари асосида ҳуқуқий жиҳатдан тартибга солиш масаласи босқичма-босқич такомиллаштириш орқали амалга оширилмоқда.

“Одамнинг иммунитет танқислиги вируси келтириб чиқарадиган касаллик (ОИВ инфекцияси) тарқалишига қарши курашиш тўғрисида Ўзбекистон Республикаси Қонуни ижросини таъминлаш мақсадида, ЖССТнинг ОИВ инфекцияли шахсларни даволаш масалаларига бағишланган 14 та клиник протоколлар маҳаллий шароитларга мослаштирилди. Натижада ОИТСга қарши кураш соҳасида тиббий хизматлар сифати яхшиланиб, ретровирусга қарши махсус терапия билан камраб олинган беморлар сони ортди. Бу ўз навбатида ОИВ инфекцияли беморлар умрини узайтириш ва ҳаёт сифатини яхшилаш имконини бермоқда.

ССВ томонидан 2015 йилнинг 25 мартда “Ўзбекистон Республикасида ОИВ инфекциясини олдини олиш чора-тадбирлари ва тиббий ёрдамни ташкил этишни янада такомиллаштириш тўғрисида”ги 123-сонли буйруғи қабул қилинди ва шунга муносиб равишда ОИВ инфекциясининг профилактикаси, диагностикаси, даволаш усуллари, касалликга чалинганларни парваришлаш ҳамда касаллик ўчоғида эпидемияга қарши тадбирлар самарадорлиги янада оширилди.

ОИВни онадан болага юқишини олдини олиш мақсадида Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан қатор тадбирлар амалга оширилмоқда, жумладан, ОИВни онадан болага юқишини олдини олиш мақсадида 2015 йил 4 мартдаги Соғлиқни сақлаш вазирлигининг “ОИВ инфекцияси бўйича миллий клиник протоколларни амалиётга тадбиқ этиш тўғрисида”ги 81- сонли буйруғининг - “ОИВ-инфекциясини онадан болага бевосита юқишини олдини олиш” тўғрисидаги 12-иловасига мувофиқ ҳомиладор аёллар барвақт ҳисобга олиниб, ҳомиладорликнинг биринчи уч ойида (ҳомиладорликнинг 12 ҳафтасидан бошлаб) соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғимида бепул ОИВ-инфекциясига текширилади, инфекция аниқланган ҳолатларда улар диспансер кузатувига олинади ва антиретровирус терапияси билан қамраб олинади. Олиб борилаётган профилактик тадбирлар натижасида ҳозирда Ўзбекистонда -99,3% ҳолатларда ОИВ-инфекцияли оналардан соғлом фарзандлар туғилишига эришилди.

ОИВ инфекцияси ва қон орқали юкувчи бошқа инфекцияларнинг олдини олиш мақсадида “Ўзбекистон Республикасида 2015 - 2017 йилларда гемоқонтакт инфекцияларнинг олдини олишни янада такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар режаси” ишлаб чиқилиб, Вазирлар Маҳкамаси томонидан тасдиқланди.

2016-2017 йилларда ОИТСга қарши кураш тадбирларини қўшимча молиялаштириш учун ОИТС, сил ва безгакка қарши кураш бўйича Глобал Жамғармага тақдим этилган 16,4 млн. АҚШ долл. қийматига эга лойиҳа маъқулланди.

ОИВ инфекцияси эпидемияси ривожланишига таъсир этадиган омилларни аниқлаш мақсадида 14 мингдан ортиқ ОИВ инфекцияси юқиш хавфи юқори бўлган аҳоли гуруҳлари ўртасида махсус эпидемиологик тадқиқотдозорли эпидемиологик назорат ўтказилиб, улар ўртасида касалликнинг тарқалганлиги даражаси ўрганилди.

Республикамызда ОИВ инфекциясининг жинсий йўл билан юқиши бугунги кунда анча фаоллашган ва касаллик юқишининг 70-80% айнан шу юқиш йўлига тўғри келмоқда.

Миграция жараёнлари аҳоли орасида ОИВ инфекциясининг тарқалишига ҳам ўз таъсирини кўрсатмоқда. Кейинги йилларда, чет давлатларда узок вақт бўлиб, Ўзбекистонга қайтган республикамыз фуқаролари орасида ОИВ инфекцияси билан касалланиш ҳолатлари кўплаб руйхатга олинмоқда ва умумий руйхатга олинганларнинг 4 дан 1 қисми меҳнат мигрантларига тўғри келмоқда.

ОИВ инфекцияси тарқалишига қарши кураш тадбирларини мувофиқлаштириш Республика комиссиясининг 2013 йил 1 июндаги «Чет давлатларда узоқ вақт бўлиб, Ўзбекистонга қайтган республикамиз фуқарорларини ОИВ инфекциясига текшириш ва касалликнинг тарқалишини олдини олиш бўйича амалга ошириладиган ишларнинг самарасини янада ошириш тўғрисида»ги 165-сонли баёни ижросини таъминлаш мақсадида Ички ишлар вазирлиги, Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Божхона ва Хотин қизлар қўмитаси, «Маҳалла» жамоат фонди ва бошқа тегишли вазирликлар билан ҳамкорликда Ўзбекистон Республикасидан хорижга кетаётган ва чет давлатлардан Ўзбекистонга қайтаётган фуқаролар орасида ОИВ инфекциясини эрта аниқлаш ва касалликнинг тарқалишини олдини олиш бўйича Тартиб ишлаб чиқилди ва бир қатор тадбирлар амалга оширилмоқда.

Республикамиздан узоқ муддатга (3 ойдан ортиқ) четга чиқиб, республикамизга қайтган шахслар ОИВ инфекциясига текшириш билан камраб олинмоқда. Республика ОИТСга қарши кураш маркази қошида фаолият кўрсатаётган 60 ўринли клиникада ОИВ инфекцияли шахсларга малакали тиббий ёрдам кўрсатилмоқда.

Агар одам ўзида ОИВ инфекция борлигига шубҳа қилса, Республика, Тошкент шаҳар ва вилоят ОИТСга қарши кураш марказларининг Аноним хоналарида махфий тарзда қон топшириб ОИВ инфекциясига текширтириш ҳуқуқига эга. Бунда текширилувчининг шахси, касби қори махфийлигича қолади. Аммо, бугунги кунда ОИВ инфекциясига қарши махсус профилактиканинг йўқлиги сабабли касалликка қарши эмлаш ишлари амалга оширилмайди. Касалликни юктириб олганлиги маълум бўлган тақдирда эса, ОИВ инфекциясини юктирган одамнинг умрини соғлом одамнинг умричалик чўзиш мумкин. Бунинг учун ретровирусни даволаш усули – антиретровирус терапия мавжуд. Антиретровирус препаратлар вирусни тўлиқ йўқ қилмасда, унинг бемор организмда кўпайиб кетишига йўл қўймайди, яъни дори таъсирида қонда вируслар сони камайиб, вирусга қарши курашувчи ҳужайраларнинг (СД4) сони ортиб, беморнинг аҳволи яхшиланади, ОИВ инфекцияли шахсни соғлом ҳаёт кечириши ва узоқ умр кўришига имкон яратилади. Бу дорилар фақат ОИТСга қарши курашиш марказлари врачлари томонидан буюрилади ва бепул берилади. Одам организмга тушган вирус маълум даражада меъёрда ишлаб турган иммун тизимини емира бошлайди. Вирус билан организм ўртасидаги кураш узоқ давом этади, аммо, вирус организмда кўпайиб аста-секин иммун тизимни издан чиқаради ва ҳаёт учун хавфли касалликлар ва ёндош касалликлар ривожланади. Шу вақтдан ОИТС даври бошланган ҳисобланади. Бу давр учун хос бўлган аломатлар йўқ. Зерокибудаврдаорганизмгатушган микроб, вирус, замбуруғ касаллик кўзғатиши мумкин. Шунинг учун бу давр тузалиши қийин бўлган турли туман касалликлар аломатлари билан номоён бўлади. Яъни: сабабсиз узоқ давом этувчи йўтал; одамнинг қисқа вақти жуда кескин озиб кетиши; ҳароратнинг узоқ вақт сабабсиз кўтарилиши; узоқ вақт ич кетиши (диарея); оғиз бўшлиғи ва турли аъзоларнинг яллиғланиш белгилари; хавфли ўсмаларнинг ривожланиши

пайдо бўла бошлайди. Беморлар ОИВнинг бевосита таъсиридан эмас, балки ёндош касалликларнинг асоратлари туфайли ҳаётдан кўз юмишлари мумкин.

Охирги йилларда Республикамизда содир бўлаётган ижтимоий иқтисодий туб ўзгаришлар юқумли касалликларнинг камайишига олиб келди. Шу билан бир қаторда юқумли касалликларни ўз вақтида аниқлаш, уларга тўғри ташхис қўйишда айрим камчиликларга йўл қўйиш амалиётда кўзатиламоқда.

Бу ҳолат эса юқумли касалликларнинг олдини олиш ва уларни ўз вақтида даволашни талаб этади. ОИВ/ОИТС чуқур текширилишига қарамай амалиётда, ҳатто фандаги илмий изланишларда ҳам касаллик кўзгатувчи вирусни аниқлаш, ўз вақтида унга клиник ташхисни қўйиш, келиб чиқиш сабабларини эътиборга олган ҳолда уни даволаш ва самарали махсус ихтисослаштирилган профилактик чораларни қўриш каби асосий масалалар ечилмасдан қолмоқда. Шу сабаб касаллик профилактикасида мулоқотдан кейинги профилактика алоҳида ўрин эгаллашини эътиборга олган ҳолда бу касалликнинг кечиш хусусиятлари батафсил ёритилган ўқув услубий қўлланма ишлаб чиқаришни лозим, деб топдик.

Ушбу услубий қўлланма тиббиёт институти ўқув дастурига мувофиқ тузилган бўлиб, ОИВ/ОИТС касаллигининг кечиш хусусиятлари, этиологияси, эпидемиологияси, патогенези, клиникаси, ташхиси, касалликнинг олдини олиш усуллари ва беморларни парваришлаш тартиби батафсил ёритилган.

Машғулот мавзуси - «ОИВ/ОИТС инфекциясининг этиологияси, эпидемиологияси ва профилактикаси»

Мавзу долзарблиги: ОИВ инфекция/ОИТС - кенг тарқалган касалликлардан бўлиб, ҳозирги замон юқумли касалликлари ичида асосий муаммо ҳисобланади. ОИВ/ОИТС чуқур текширилишига қарамай амалиётда, ҳатто фандаги илмий изланишларда ҳам касаллик кўзгатувчи вирусни ажратиб зикрлаш, лабораторияда текшириш, ўз вақтида унга клиник ташхисни қўйиш, келиб чиқиш сабабларини эътиборга олган ҳолда уни даволаш ва самарали махсус ихтисослаштирилган профилактик чораларни қўриш каби асосий масалалар ечилмасдан қолмоқда. Шу сабаб касаллик профилактикасида мулоқотдан кейинги профилактика алоҳида ўрин эгаллашини батафсил ёритилган.

Машғулот ўтказиш жойи: Ўқув хонаси.

Машғулотга керакли жиҳозлар: планшет, нетбук, ноутбук, компьютер, тематик жадвал, альбом, слайд, касаллик тарихи, ўқув услубий қўлланмалар.

Машғулот мақсади:

Талабаларни беморларга клиник ташхис қўйишга, уларга лаборатор текшириш режасини тузишга, ҳамда даволаш ва олдини олиш чора-тадбирларини мукамал билишларини таъминлашга қаратилган.

Машғулот вазифалари:

1. ОИВ инфекцияси этиологияси;
2. ОИВ инфекцияси касаллиги эпидемиологияси;
3. ОИВ инфекцияси клиник таснифи;
4. ОИВ инфекцияси клиник кечиш хусусиятлари;
5. Оппортунистик касалликлар ҳақида маълумот;
6. ОИВ инфекциясининг эрта диагностикаси;
7. ОИВ инфекциясининг давоси;
8. ОИВ инфекциясининг профилактикаси ва мулоқотдан кейинги профилактика;
9. Текшириш режасини тузиш ва лаборатор текшириш натижаларини баҳолашни ўргатиш (серологик ва вирусологик).
10. Даволаш режаларини тузишни ўргатиш.

Талаба билиши шарт:

ОИВ инфекциясининг

- этиологияси, кўзгатувчининг хусусиятлари;
- эпидемиологик жараён босқичлари, ривожланиш хусусиятлари;
- касаллик патогенезининг асосий даврлари, аъзо ва тизимларда гистоморфологик ўзгаришлар;
- клиник белгилари, таснифи;
- оппортунистик инфекцияни ўзига хос кечиш хусусиятлари;
- асосий ва ёрдамчи текширув усуллари;

- ~~Талаба амалда қила олиши керак:~~
- * ~~Талаба амалда қила олиши керак:~~

Талаба амалда қила олиши керак:

- бемор билан суҳбатлашиб касаллик ривожланиш тарихи, шикоятларини ва эпидемиологик анамнез далилларини тўплаш
- пальпация, перкуссия ва аускультация усуллари билан беморни текшириш
 - шикоятлари, эпидемиологик анамнез далилларива клиник белгиларига асосланиб дастлабки ташхис қўйиш
 - ташхисни тасдиқлаш учун лаборатор текшириш режасини тузиш
 - лаборатор текшириш натижаларини таҳлил қилиш
 - клиник ташхис қўйиш
 - беморнинг даволаш режасини тузиш
 - касаллик тарқалмаслиги учун қўлланиладиган тадбир-чораларини ўтказишни билиш

Талаба қуйидаги амалий қўникмаларни ўрганиши керак:

- Вирусологик текшириш учун бемордан материал йиғиш;
- Умумий кон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, умумий ахлат таҳлили, кон биокимёси;
- Серологик текширишлар учун бемордан материал йиғиш (ИФА, ИБ)

Тарбиявий-деонтологик мақсадлар:

Талаба эпидемиологик ташхис қўйиши, бемор муаммоси асосида парвариш режасини тузиши билан биргаликда беморга кўзатув кундалигини ҳам олиб боради. Талаба беморнинг кундалик кўзатувини олиб бориши натижасида касалликнинг кечиши, қутилаётган кўрсаткичлар беморда пайдо бўлаётган янги муаммолар кўзга яққол ташланиб туради.

Хулоса қилиб айтганда, ҳозирги замон талабига жавоб бера оладиган талаба:

Мустақил фикрлай олиши;

Чуқур билимга эга бўлиши;

Замонавий тиббиёт асбоблари билан ишлай олиши;

Давова парвариш режасини мустақил равишда тузиши;

Беморга малакали, кечиктириб бўлмайдиган шошилишч ёрдам кўрсата олиши ва парваришлаши;

Беморнинг кўзатув кундалигини олиб бориб, врач ёрдамчиси ҳисобланиши керак.

Беморлар ёнида даволаш тадбирларни маслаҳатлашмаслиги, беморнинг яқинлари билан тўғри муомалада бўлиши керак.

ОИВ инфекцияси – одамнинг иммунитет танқислиги вируси (ОИВ) келтириб чиқарадиган, клиник белгиларсиз вирус ташиб юривчиликдан иммун тизимининг оғир зарарланишигача олиб борадиган, узок давом этувчи сурункали юкумли касаллик. Орттирилган иммунитет танқислиги синдроми (ОИТС) – одамнинг иммунитет танқислиги вируси иммун тизимни шикастлаши натижасида оппортунистик инфекциялар, хавфли ўсmalar ривожланиб, асаб тизимини издан чиқарувчи ОИВ инфекциясининг сўнгги (терминал) босқичидир.

ОИВ инфекцияси хақида умумий тушинча

Касалликнинг тарихи

ОИТС хақида дастлабки хабарлар АҚШда рўйхатга олинган. 1981 йилда Лос-Анжелес ва Нью-Йорк клиникасида даволанган гомосексуалистларда пневмоцистли пневмониянинг 5 кишида ва Капоши саркомасининг 26 кишида аниқланган. Уларнинг барчасида Т–хужайралари иммунитет танқислиги аниқланган. Шу йили ОИВ инфекциясининг терминал босқичи аниқланди ва унга “Орттирилган Иммунитет Танқислиги Синдроми” (ОИТС) деган ном берилди.

ОИВ 1983 йилда франциялик олим Люк Монтанье раҳбарлигидаги Пастер институти ва Роберт Галло раҳбарлигидаги АҚШдаги саратон касаллиги миллий институтида ажратиб олинди. Бутун Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти томонидан 1985 йилда мазкур вирусга одамнинг иммунитет танқислиги вируси – ОИВ номи берилди.

1986 йилда Франциялик олимлар томонидан Африканинг ғарбий минтақаларида ОИВ инфекциясини келтириб чиқарадиган яна бир ретровирус аниқланди ва у ОИВ-2 деб аталди.

Этиологияси

ОИВ-инфекция кўзгатувчиси HIV (human immunodeficiency virus) ретровируслар оиласига мансуб, лентивирускенжа оиласининг 2 та тури: ОИВ-1 ва ОИВ-2 фаркланади. ОИВ-1 ҳамма жойда тарқалган бўлиб, сферик кўринишда, диаметри 100-140 нм. Ташқи қавати иккита гликолипопротеин (gp 120 ва gp 41) қаватдан ташкил топган бўлиб, улар орқали вирус хужайин хужайрасига бирикади. Ташқи қавати ичкари томони даматриксели каркас (p17 оксиддан ташкил топган) бўлиб, вирус марказини ўраб туради. Вирус маркази оксил (p24 ва p17)дан иборат бўлиб, унинг ичида икки молекула вирус геноми РНК жойлашган. РНК ёнида қайта транскриптаза (ревертаза) ферменти мавжутлиги генетик информацияни тескари йуналишини курсатади. Бундан ташқари протеаза, интеграза оқсиллари ҳам бор.

ОИВ-2 антиген структураси билан ОИВ-1 га ўхшайди, асосан жанубий Африкада касалланаган беморлар қонидан аниқланган.

ОИВ учун нишон хужайралар CD4-рецепторларини тутувчи хужайралар: Т-хелперлар, моноцитлар, макрофаглар, нейроглия, дендрит хужайралар, ичкадаги хромофин хужайралар хисобланади. Вирус юқори тезликда репликацияланиш ва генетик ўзгарувчанликка эга, бу унинг турли нишон

хужайраларга кириб олиб генетик хусусиятларинини ўзгартиради ва дори воситалари резистентликни оширади. Вируснинг хаёт цикли жуда тез-1-2 суткада 10 млрд. артофида вибрион хосил булади, ҳамда антигенлик хусусиятини тез узгартиради.



Вирусда репликация учун зарур бўлган куйидаги ферментлар мавжуд:

- Қайталама транскриптаза (ревертаза);
- Интеграза;
- Протеаза.

Эпидемиологияси

ОИВ инфекцияси антропоноз касаллик. Касалликка мойиллик унинг жинси ва ёшидан катъий назар бир хил ҳисобланади. Касаллик манбаи касалланган одам, айниқса инкубацион ва сероконвексия давридаги одамлар атрофдагилар учун хафли ҳисобланади.

ОИВга хос хусусиятлар: қайнатилганда (100°C) вирус 1-2 дақиқадан кейин ўлади, 70° гача иситганда 10 дақиқадан кейин, 56° гача иситганда 30 дақиқадан кейин ўз фаоллигини йўқолади. Одатдаги дезинфекцияловчи эритмаларга - 3% водород пероксида, 5% лизол, 0,5% хлорли дезинфекцияловчи воситалар, 1% глютарал алдегид, 70% этанол, эфир, ацетон вирусни тезда ўлдиради. Куёш нури ва УФ нурларига чидамсиз. Вирус донор қонидан олиб музлатилган қон ва зардобда йиллар давомида, ташки муҳитда қуритилган ҳолатда +22°C ҳароратда 4-6 кунгача сақланади. Сулак ва тернинг ферментлари вируснинг фаоллигини сусайтиради.

ОИВ биологик суюқликларда юқори концентрацияда учрайди:

- қонда;
- эркалар ва аёллар жинсий аъзолари суюқлигида;
- она сутида.

Қолган биологик суюқликларда ОИВ юкиши учун кам концентрацияда бўлади. Шу сабабли сўлак, тер, бурундан ажраладиган суюқлик, балғам, кўз ёши, пешоб, нажас ва қусуқ моддалари (таркибида қон сақламаса) эпидемиологик нуқтаи назардан хавфли ҳисобланмайди. Бироқ ушбу суюқликларга кўзга кўринарли даражада қон аралашган бўлса, улар касаллик юкиш хавфи ошади.

Қуйидаги суюқликлар орқали ОИВнинг юкиш хавфи кам ҳисобланади:

- орқа мия суюқлигидан
- синовиал суюқликдан
- плеврал суюқликдан
- перитонеал суюқликдан
- перикардиал суюқликдан
- амниотик суюқликдан.

ОИВ уч хил йўл билан юкади:

1. **Жинсий йўл**– ОИВ инфекцияси билан касалланган шахс билан ҳимояланмаган ҳолда жинсий алоқада бўлганда юкади.

2. **Парентерал йўл**– ОИВ бўлган қон, унинг таркибий қисмлари ва компонентлари қуйилганда, аъзо ва тўқималар трансплантациясида, экстракорпорал уруғлантириш ўтказилганда, бир марта ишлатиладиган тиббий асбоб ва анжомлар қайта ишлатилганда, стерилланмаган тиббиёт анжомлари (гинекологик, стоматологик, жарроҳлик ва бошқалар)дан фойдаланилганда, гиёҳванд моддани инъекция йўли билан бошқа шахс ишлатган воситаларни ишлатганда юкиши мумкин.

3. **Вертикал йўл**– ОИВ инфекцияли онадан ҳомилага ҳомиладорлик вақтида (пренатал), туғруқ вақтида (интранатал) ва эмизикли даврда (постнатал) юкади.

Касаллик қон қолдиқлари мавжуд бўлган шахсий гигиеник буюмлар (тиш чўтқаси, соқол олиш анжоми, тери қоплами бутунлигини бузиб бажариладиган муолажалар учун ишлатиладиган, санчилувчи ва ўтқир кесадиған буюмлар) орқали юкиши тасдиқланган.

ОИВ инфекцияси касалликнинг барча босқичларида инфекция манбаи бўлади, айниқса бирламчи клиник аломатлари пайдо булиш даврида жуда хавфли ҳисобланади.

ОИВ инфекцияси қон сўрувчи ҳашаротлар (кана, бит, чивин) чақанда юкмайди.

Патогенези

Касалликнинг юкиши вирус сақловчи биологик суюқликлар орқали юз боради, унинг организмга киришида шиллиқ қаватлар дендрит хужайралар шпироқ этади. Вируснинг юкиши ва кўпайиши учун юзасида CD4+ рецептори бўлган хужайралар бўлиши зарур, улар билан регионар лимфа тугунларга етиб боради ва шундан кейин ОИВ қон ва лимфа оқими орқали бутун организмга тарқалади.

- CD4+ рецептори асосан қуйидаги хужайраларда бўлади:
- Т-лимфоцитлар (Т-хелперлар);

- Қоннинг ўзақ хужайралари;
- Эндотелиал хужайралар;
- Ошқозон-ичак йўлининг эпителиал хужайралари;
- Дендрит хужайралар;
- Лимфа тугунларининг фолликулляр хужайралари.

ОИВнинг патогенатик цикли 4-босқичдан иборат:

1. Адсорбция ва эндоцитоз йўли билан вирусларнинг хужайраларга кириши;
2. Вирус РНКси асосида тескари транскриптаза ферменти таъсирида провирус ДНКнинг синтезланиши ва унинг хужайра гени билан интеграз ферменти таъсирида интеграцияси;
3. Янги вирус оксилларининг ревертаза ферменти таъсирида шаклланиши;
4. Янгидан ҳосил бўлган (етилган) вирионларнинг хужайралардан конга чиқиши.



Вируснинг бу ҳаётий цикли жуда тезлик билан амалга ошади. Бир кунда миллионлаб янги вируслар шаклланади. ОИВнинг мутацияга учрашиш хусусияти юқорилиги сабаб вақт ўтиши билан организмда ОИВнинг янги ўзгарган турлари тўпланиши мумкин. Вируснинг ўзгарувчанлиги натижасида турли хусусиятли, жумладан вирусларга қарши воситаларга чидамли штаммлари пайдо бўлиши мумкин. Вирус таъсирида CD4+ хужайраларининг зарарланиши натижасида иммунтанқислик ҳолати ривожланиб боради.

Иммунтанкислик патогенезида икки босқич фарқланади.

1. CD4+хужайралар сонининг секинлик билан камайиши – касалликнинг клиник латент босқичига мос келади. Организмда вирус сонининг кўпайиб бориши иммун тизим емирилишини оширади.

2. CD4+ хужайралар сонининг кескин камайиб кетиши - касалликнинг клиник яққол ифодаланган босқичига мос келади.

Иммунтанкислик ҳолати кучайиши натижасида шартли-патоген микроорганизмлар фаоллашиб, патогенлик хусусиятларини намоён қилади, натижада «оппортунистик» инфекцияларнинг клиник белгилари пайдо бўлади.

Иммунтанкисликнинг бир кўриниши сифатида, суяк кўмигида хужайра шаклланишининг ривожланишдан тўхтаган ўзак хужайралар фаол кўпайиши мумкин. Ушбу хужайраларнинг тўлиқ шаклланмасдан конга тушиши организм учун ёт бўлган антиген мавжудлигини кўрсатади. Иммунтанкислик ҳолатида шаклланмаган ўзак хужайралар тўхтовсиз кўпаяди ва хавфли ўсма касаллиги келиб чиқишига олиб келади.

Вирусни асаб тўқимаси хужайраларида кўпайиши натижасида, уларнинг яшубуд бўлишига ва аутоиммун реакциялар ривожланишига сабаб бўлади, оқибатда асаб тизими издан чиқади.

Классификация ВОЗ буйича (2010 йил)

Ўтқир ОИВ инфекция:

- Симптомсизкечиши;
- Ўткирситмабосқичи (ўткирретровирусли синдром).

I клиник босқич:

- Симптомсиз кечиши;
- Тарқалган персистирловчи лимфоаденопатия.

II клиник босқич:

- Ангуляр хейлит
- Ҳаболувчи герпес
- Тирноқни замбуруғли зарарланиши
- Тана массасининг 5-10% га камайиши охириги 6 ой мобайнида
- Папуллез қичишадиган тошма
- Рецидивланувчи оғиз бўшлғи шиллик пардаси яраси
- Рецидивланувчи юқори нафас йуллар инфекцияси (синусит, отит, бронхит, фарингит, трахеит)
- Себореяли дерматит

III клиник босқич:

- Ўтқир ярали-некротик стоматит, гингивит ёки парадонтит
- Рецидивланувчи орофаренгиал кандидоз ёки орал кандидоз
- Ноаниқ этиологияли сурункали диарея
- Гематологик ўзгаришлар-ноаниқ анемия, нейтропения, тромбоцитопения
- Доимий иситма (10йдан юқори)
- Ўпка туберкўлези
- Лимфа тугунлартуберкўлези

▪ Оғир бактериал инфекциялар (бактеримия, бўғим ва суяклар инфекцияси, плевра эмпиемаси, менингит, пневмония, пиомиозит, бачадон ва бачадон найинингоғир яллигланиши

- Тана массасининг 10% дан зиёдкамайиши

IV клиник босқич:

- Кандидоз-кизилунгач ва пастки нафас йуллари
- Бачадон бўйинчаси раки
- Оддий герпес чакирадиган сурункали инфекция
- Сурункали криптоспорадиоз (1 ойданорттик диарея)
- Сурункали изоспориоз (1 ойданортиқиситма)
- Криптококкоз ўпқадан ташқари
- Цитомегаловирусли инфекция – ретинит, колит ёки эзофагит
- Ўпқадан ташқари туберкулез (лимфоаденитдан ташқари)
- ОИВ – нефропатия
- ОИВ - энцефалопатия
- ОИВ кахексия
- Саркома Капоши
- Лейшманиоз – висцерал (тарқоқ)
- Ҳавfli лимфома
- Тарқоқ атипик микобактерияли инфекция
- Тарқоқ замбуруғли инфекция
- Пневмоцистли пневмония
- Кучайиб борувчи кўп ўчоқли лейкоэнцефалопатия
- Токсоплазмоз
- Септицемия-кайталанувчи ОИВ-кардиопатия

ОИВ инфекциясининг клиникаси

1. Ўткир ОИВ инфекцияси.
2. Биринчи клиник босқич.
3. Иккинчи клиник босқич.
4. Учинчи клиник босқич.
5. Тўртинчи клиник босқич

Ўткир ОИВ инфекцияси.

- 1) Белгиларсиз кечиши.
- 2) Ўткир иситмали давр
Ўткир иситмали давр.

• Яширин даврдан кейин 50-80 фоиз ОИВ юктирганларда ўткир ретровирусли сероконверсия белгилари ривожланади.

• Умумий интоксикация симптомлари: ҳолсизлик, тана ҳароратининг кўтарилиши, бош оғриғи, кўнгил айнаши, қусиш, юқори нафас йўлларининг катарал ўзгаришлари, фарингит, диффуз эритематоз тошмалар, лимфатик тугунларининг катталашуви, ичкетиши, миалгия ва артралгия, тана вазнининг камайиши билан кечади.

• Марказий нерв тизимининг вақтинча ишдан чиқиши (бош оғриғи, периферик невропатия: елка плексопатияси, мононеврит, моно-невропатия, ориентация ва хотиранинг йўқолиши асептик менингоэнцефалит, ўткир кайталама энцефалопатия) кўзатилиши мумкин.

• СД4 лимфоцитларнинг транзитор камайиши оғиз бўшлиғи шиллик пардаларининг ярали зарарланиши, қизилўнғач ва жинсий аъзолар кандидозиди билан кечиши мумкин.

• Ушбу белгилар 1-2 ҳафта сакланиб туради ва лаборатория текшируви ўтказилмаганда ОИВ инфекцияси ташхисини қўйиш анча қийин.

• Ўткир ОИВ инфекцияси 1-2 ҳафтадан 1 ойгача давом этиши мумкин.

I клиник босқич

1) Белгиларсиз кечиши

2) Қайталанувчи тарқоқ лимфаденопатия

Белгиларсиз кечиши

• ОИВ инфекциясининг клиник белгиларсиз вирус ташувчанлиги ўртача 10 йил давом этади.

• Айрим ҳолларда камконлик, лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения ва трансаминазалар фаоллигининг ошиши кузатилади.

Қайталанувчи тарқоқ лимфаденопатия

• Қайталанувчи тарқоқ лимфаденопатия-чов соҳасидаги лимфатик тугунлардан ташқари 2 ва ундан ортик гуруҳ лимфатик тугунларининг катталашидир.

• Лимфатик тугунларнинг катталашини иммун жавоб реакцияси сифатида ривожланадиган лимфатик фолликулаларнинг гиперплазиясидир.

II клиник босқич.

1) Себорияли дерматит.

2) Ангуляр хейлит.

3) Оғиз шиллик пардасини қайталанувчи яраси (охирги 6 ойда икки ва ундан кўп марта)

4) Қуршаб олувчи темиратки

5) Юкори нафас йўллариининг қайталанувчи инфекциялари (бактериал синусит, ўрта отит, бронхит, фарингит ва трахеит).

6) Онихомикозлар

7) Папулёз кўринишидаги қичима тошмалар

Себорияли дерматит.

ОИВ инфекциясида инфекция юқтирмаганларга нисбатан ўн барабар кўп учрайди. Нотекис чегараланган ва мўсимон юзали оч-қизғиш доғлар бўлиб, асосан бошнинг тукли соҳалари, териси, юз, кўз, бурун, оғиз атрофи, қўрак, култик ости ва чов соҳаларида учрайди.

Ангуляр хейлит (атрофида гиперкератоз бўлган оғиз бурчакларидаги қизариш ва ёрилишлар) алоҳида ёки оғиз бўшлиғи кандидозининг барорти билан бирга учраши мумкин.

Қамраб олувчи темирлатки.

Қамраб олувчи темирлатки - филтрланувчи вирус чакиради. Касаллик ўткир ўтади, неврологик оғриқ ва иситма билан кечади. Периферик нерв толалари бир томонлама жароҳатланади, кўпинча ковуғалараро нерв жароҳатланиб, нерв толалари йўналиши бўйича тошма тошиб, оғриқ безовта килади.

Ўта шишган, қизарган шиллик пардада ҳосил бўлган пуфакчалар тезда ёрилиб, гажимдор эрозиялар ҳосил килади ва унинг юзи фиброз пардалар билан қопланади.

Кам кувватли, оғир хасталикка учраган беморларда касалликнинг гангреноз тури учрайди, касалликни ушбу турида тошмалар ўрнида яралар ҳосил бўлиб, чандик қолдиради. Қамраб олувчи темирлатки ўздан сўнг иммунитет қолдириб, қайталаниши кўзатилмайди. Аммо иммунитетнинг пасайиши билан кечадиган касалликлар (ОИТС, рак, лейкоз) да қамраб олувчи темирлатки қайталаниши ва тарқоқ турга ўтиши мумкин.

III клиник босқич.

- 1) Тилнинг туклилейкоплакияси
- 2) Бир ойдан ошиқ келиб чиқиши номаълум бўлган диарея (ичкетиши)
- 3) Оғиз бўшлиғининг қайталанувчи стоматити. (охирги 6 ойда икки ва ундан кўп марта)
- 4) Оғир бактериал инфекциялар (зотилжам, йирингли миозит, менингит, плевра эмпиемси, суяк ва бўғимлар инфекцияси).
- 5) Ўткир яралар некротик касалликлар (стоматит, гингивит, периодонтит)

Тукли лейкоплакия—тил эпителийси хужайраларида Эпштейн-Барр вирусининг юқори репликация даражаси билан бевосита боғлиқ. У тилнинг ён томонларини оқ бурмалар ёки бўртмалар шаклида эпителиларни зарарлаши билан характерланади. Жараён тил орқасига тарқалиши мумкин ва шпатель ёрдамида олинмайди, оғриқ кўзатилмайди. Якуний ташхис қўйиш учун молекуляр гибридлаш ёрдамида вирусни топилиши талаб қилинади.

Некротик гингивит ва периодонтит кўп учрайдиган бактериал инфекциянинг асоратларидан биридир.

Клиникасида милкларда оғриқ пайдо бўлиши, қон кетиши, оғиздан бадбўй хид келиши, милк юзасида қизил айлана доғ ҳосил бўлиши, милк тўқимасининг яралар ёки некротик шикастланишлари кузатилади.

Зотилжам бактериал зарарланишлар орасида энг кўп учрайди. Бактериал зотилжамда тана ҳароратининг кўтарилиши, балғам ажралиши билан кечадиган йўтал, намли хириллаш, ўпканинг рентгенологик манзарасида зичлашиш каби белгилар кузатилади.

IV клиник босқич

- 1) Ўпка сили.
- 2) Ўпкadan ташқаридаги сил.
- 3) ОИВга асосланган кахексия синдроми (Тана вазнининг 10 фоиздан ошиқ камайиши).
- 4) Пневмоцистли пневмония.

- 5) Қайталанувчи оғир ёки рентгенологик тасдиқланган бактериал зотилжам.
- 6) Цитомегаловирусли ретинит(ёки колит).
- 7) Бир ойдан ошиқ диария билан кечувчи криптоспоридиоз.
- 8) Ўпкадан ташқари криптококкоз.
- 9) Тери, шиллик пардалар ва ички органларнинг оддий учук вируси чақирган инфекциялари (сурункали ёки 1 ой ичида қайталанувчи таркоқ учук).
 - 10) Энцефалопатия.
 - 11) ОИВ инфекцияси чақирган кардиомиопатия.
 - 12) ОИВ инфекцияси чақирган нефропатия.
 - 13) Ривожланувчи мультифокал лейкоэнцефалопатия
 - 14) Капоши саркомаси ва бошқа рақ ўсмалари.
 - 15) Токсоплазмоз.
 - 16) Қайталанувчи ва таркоқ замбуруғли инфекциялар (кандидоз, коксидиодомикоз, гистоплазмоз).
 - 17) Криптококкли менингит.
 - 18) Атипик микобактериялар чақирган таркоқ инфекциялар.

ОИТС-ОИВ инфекциясининг охириги босқичи ҳисобланади, бу босқичда иммунитетнинг кескин сусайиб кетиши, оппортунистик инфекциялар ва ўсма касалликларини ривожланишига сабаб бўлади.

Лаборатория текширувида камқонлик, нейтропения, лимфопения, тромбоцитопения, CD4-лимфоцитларнинг абсолют сонини 1 мкл да 200 та, касалликнинг терминал босқичида эса 50 тадан ҳам камайиши кузатилади.

Вирусли юклама юқори кўрсаткичда бўлиб, вируснинг р 24 антигени ҳам аниқланади.

Ўпкаси ОИВ инфекциясида алоҳида ўрин тутди, CD₄ хужайралари микдори 350 дан паст бўлганда ривожланади ва атипик ҳолда кечади. Клиникасида астения, доимий (37-38 С) ва алмашиб турадиган иситма, узок давом этадиган йўтал, тана вазнининг камайиши кузатилади. Ўпка зарарланишида рентгенологик жиҳатдан инфильтрация кам ривожланади, аниқ жойлашиш соҳасига эга бўлмайди.

Кўпчилик ҳоларда балғамни абациллярлиги (балғамда кох бациллаларининг бўлмаслиги) билан характерланади ва иммун танқислик ривожланишининг зўрайиб бориши туфайли Манту синамаси манфий натижа беради.

Ўпкада патологик жараён кенг тарқалиб милиар сил шаклланишига олиб келади ва унинг асорати сифатида септик шок ривожланиши мумкин. Патологик жараён плеврага ҳам ўтади.

Сил касаллиги 50-70% ҳолларда ўпкадан ташқари сил сифатида намоён бўлади.

- Ўпкадан ташқари сил шаклида кўпинча бўйин, қўлтиқ ости, кўкрак ичи, кўкрак мезентерал ва чов лимфатик тугунлари зарарланади.
- Ўпкадан ташқари зарарланишлар орасида кейинги ўринда талок, жигар, кўкловон ости беши, марказий нерв тизими ва мушаклардаги специфик ўзгаришлар туради.

- Атипик микобактериозлар ОИВ юктирган беморларда кўп учрайди. Улар беморнинг ўлимига сабаб бўладиган оғир шаклдаги таркалган жараён билан намоён бўлади.

- Таркок микобактериозда юкори даражали иситма, тунда кўп терлаш, тана вазнининг камайиши, қоринда оғриқ бўлиши, диарея, полилимфо-аденопатия, камқонлик, гематокритнинг пасайиши, ишқорий фосфатаза фаоллигинингошиши кузатилади.

Пневмоцистлизотилжам.

- Пневмоцистли зотилжамни *Pneumocystus carini* замбуруғлари чақиради.

- Клиникасида нафас олишнинг қийинлашиши, қурук йўтал, кўкрак кафасида қисилиш хисси, иситма, тана вазнининг камайиши, чарчок кузатилади. СД₄ хужайралари микдори 200 дан кам бўлган барча беморларга Ко-тримаксазол препарати буюрилади.

Капоши саркомаси.

- Капоши саркомаси – терининг ангиоматоз касаллиги ҳисобланади. Бу касалликда қон томирлар деворларининг эндотелий ва перителий қаватлари пролиферацияси ҳамда улар деворида гемосидерин йиғилиши кузатилади. Капоши саркомаси билан асосан эркаклар касалланади.

- Капоши саркомаси уч босқичда кечади: яллиғланиш, гранулематоз ва саркоматоз. Касаллик тизза, оёк панжаси сохаларида кичкина қизғиш-цианотик ёки жигарранг-қизғиш доғ қуринишида тоша бошлайди.

- Доғлар секин аста инфильтратлашади ва қуқимтир жигарранг қуринишидаги ката зич инфильтрат ёки тугунчани ҳосил қилади. Ўчоғлар бир – бири билан қўшилиб, катта-катта ўчоғларни ҳосил қилади, айрим ҳолларда инфильтрат ўчоғлари чуқур яраланиши мумкин. Қўпинча ўчоғ юзаларида геморрагиялар аниқланади. Оёкларда шиш пайдо бўлади. Беморларни қучли оғриқ безовта қилади. Бошқа оғир касалликлар билан кечса жуда жадал ривожланади.

Неходжинский лимфомалари ОИВ инфекциясининг кейинги босқичларида тахминан 5 % беморларда учрайди. Беморлар оғриқ ва тишларнинг қимирлашидан шикоят қиладилар, бўйин лимфаденопатияси аниқланади. Кўпчилик лимфомалар марказий нерв тизимида учрайди. Асосий қисмини бош миянинг бирламчи лимфомаси ташкил этади.

ОИВ-энцефалопатияси (ОИТС-дементкомплекс) асосида ОИВ кўзгатадиган ўткир энцефалит ётади. Мия эгатларининг катталаниши ва катта ярим шарлар бурмаларининг юққаланиши, қоринчаларни кенгайиши аниқланади. Синдром идрок қилиш, ҳаракатланиш ва феъл-атвор функцияларининг бузилиши билан намоён бўлади. Беморлар фикрлаш ёки гаплашиш тартибини йўқотадилар, тез ўйлашга қодир эмаслар ва саволга жавоб беришдан олдин узок муддат жим қоладилар. Психоз, мания ва ҳулкнинг ўзгариши кузатилади.

ОИВ кахексияси

• Тана вазнини йўқотиш кўпчилик юқумли касалликларни клиник белгиси бўлиши мумкин. Шунинг учун ОИВ кахексиясида ташхис қуйиш ва даволаш ҳар томонлама таҳлил ўтказишни талаб этади.

• ОИВ билан боғлиқ кахексия (озиш синдроми) ОИТСнинг авж олган босқичида кузатилади, асосий белгилари мушаклар дистрофияси ва тана вазнининг кескин йўқолиши билан кечади. ОИВ-кахексиясида сурункали диарея, доимий иситма, сурункали ҳолсизлик кузатилади.

Замбуруғли инфекциялар орасида кандидоз кўп учрайдиган оппортунистик инфекциядир. ОИТС босқичида кандидоз 20-25 % беморларда учрайди ва ошқозон-ичак йўллари, нафас олиш аъзолари шиллик кавати ва МНТнинг зарарланиши билан кечади. Қоринда дискомфорт, овознинг бўғиклиги ва йўтал асосий белги ҳисобланади, эзофагит ривожланади.

Криптококкоз - СД₄ - лимфоцитлар сони 1 мкл да 50 та хужайрагача камайганда ривожланади. Асосий клиник шакли криптококкли менингит ҳисобланади. Беморларда бош оғриғи ва иситма, камрок кўнгил айниши, ҳусиш, менингеал белгилар кузатилади. Криптококкознинг тери кўриниши одатда бош ва бўйинда жойлашади.

Кокцидиодомикоз касаллигида юқори иситма, шилимшиқ йиринг, белгали йўтал, кўкрак қафасида оғриқ, оғир ҳолларда қон тупуриш кузатилади, зотилжамнинг перкутор ва аускультатив белгилари аниқланади

Вирусли зарарланишлар орасида герпетик инфекция Varicella Zoster вируси кўзгатадиган инфекциялар кўп учрайди.

Герпетик инфекция - СД₄ хужайралари 200 дан камайганда ривожланади ва тери, шиллик пардалар, марказий нерв тизими, ҳамда бошқа аъзоларнинг зарарланиши билан характерланади. Герпетик тошма одатда йўқолмайди, зарарланган жойларда яралар ҳосил бўлади.

Цитомегаловирус инфекцияси (ЦМИ) СД₄ хужайралари 200 дан кам бўлганда ривожланади ва бир вақтнинг ўзида бир қанча аъзолар зарарланади

Инфекция иситма, ҳолсизлик, иштаханнинг йўқолиши, тунги терлаш, миалгия ва артралгиялар билан бошланади. Беморларни қуруқ йўтал ва нафас ҳусиши безовта қилади.

ЦМВ инфекциясида ошқозон ичак йўлларида барча бўлимлари зарарланади. Эзофагит учун турли чуқурликда ва катталиқда яраларнинг ҳосил бўлиши характерли. Ичак деворининг перфорацияси юзага келади. ЦМВ инфекциясида ошқозон ичак йўлидан қон кетиш кузатилади. Колитда клиник белгилар энтеритдаги каби иситма, қоринда оғриқ, ич кетиши (айрим ҳолларда қон аралаш ич кетиши) билан характерланади.

• Орқа миянинг ЦМВ билан зарарланишида оёқнинг пастки қисмлари ва кўз бармоқларининг парезтезияси ривожланади.

• Кўзнинг ЦМВли зарарланишида беморлар буюм кўриниши аниқ эмаслиги ва кўришнинг пасайганлигидан шикоят қилишлари мумкин.

• Одатда битта кўз зарарланади, тўр парда атроф туқималарининг қисқариши ва шишганлиги билан кўринадиган оқ рангли некроз қисми ҳамда тур

парда томирларининг беркилганлиги ва улар деворининг инфльтрацияси аниқланади. Бир неча ҳафта ичида некроз қисми кенгайди, атрофия, юпкалашиш ва узилиш кузатилади. Булар кўрликка сабаб бўлади.

Протозой оппортунистик инвазиялари: пневмоцистоз, токсоплазмоз, криптоспоридиоз, изоспороз, микроспоридиоз, циклоспороз, бластоцистоз. Ушбу касалликлар СД₄ ҳужайралари 100-200 дан паст бўлганда ривожланади.

Пневмоцистоз – протозой касаллик бўлиб, у иммунитетни пасайган кишиларда энг кўп учрайдиган зотилжамни ривожланишига сабаб бўлади. Пневмоцистлар ҳаво-томчи йўли билан юқади. Нафас қисиши, иситма ва йўтал пневмоцист зотилжамнинг кўп учрайдиган белгилари ҳисобланади. Йўтал доимий тус олади ва беморларни тунда безовта қилади. Пневмоцист зотилжамнинг ўпкага тегишли асоратлари орасида кўпроқ пневмоторакс кузатилади.

Токсоплазмозни содда микроорганизмлар қақирадиган оппортунистик инфекциялар ичида иккинчи ўринга қўйиш мумкин. Алиментар, трансплацентар йўл ва аъзоларни кўчириб ўтказ ишорқали инфекция юқиши мумкин.

• Токсоплазмоз беморларда СД₄ - лимфоцитлар сони 1 мкл да 100 та ҳужайрадан кам бўлганда ривожланади, иситма, сепсис васептик шок белгилари, рухиятнинг бузилиши кузатилади.

• Церебрал токсоплазмозда иситмава бош оғриғи, мияча ёки мия асосининг зарарланганлигидан далолат берувчи ўчоғли энцефалит белгилари (гемипарез, дезориентация, афазия, талваса ва ҳ.к.) кузатилади.

• Кўз токсоплазмозиди – беморларнинг шикоятлари буюмларни аниқ кўринмаслиғи, кўз олдида доғлар пайдо бўлиши билан тавсифланади.

Криптоспоридиоз-хазм йўллариининг зарарланиши билан кечадиган протозой касалликдир. Клиникасида сурункали энтероколит тарзида ўтадиган диарея синдроми ётади. Тана вазнининг камайиши кузатилади.

Изоспороз – ичак протозой инвазияси бўлиб, клиник жихатдан криптоспоридиозга ўхшашдир.

Микроспоридиоз – облигат паразит. Клиникасида сурункали суюқ ич кетиши, тана вазнининг камайиши, жигар, буйрак, буйрак усти безлари, бош мия, кўзнинг зарарланиши кузатилади.

ОИВ ИНФЕКЦИЯЛИ БЕМОЛЛАРДАГИ ОПОРТУНИСТИК КАСАЛЛИКЛАР

Кўп учрайдиган оппортунистик инфекциялар қуйидагилар:

- Сил (ТБ);
- Бактериал инфекциялар;
- Пневмоцистли зотилжам (ПЗ);
- Герпетик инфекциялар (Ўраб олувчи темирачки (варицелла-зостервируси), 1 ва 2 типдаги оддий герпес вируси келтириб чиқарган инфекциялар (ОГВ 1-2) ва цитомегаловирусли инфекциялар (ЦМВ));
- кандидозли эзофагит;

- криптококкли менингит;
- токсоплазмоз.

Куйидаги касалликлар камрок учрайди:

- *Mycobacterium avium-intracellulare* комплекси келтириб чиқарган инфекциялар (МАК);
- Капоши саркомаси (КС);
- Ноходжкин лимфомаси (НХЛ);
- ЦМВ инфекция (ретинит, колит, энцефалит).

Асаб тизими инфекциялари МАТ ини зарарланишини кўпгина бактериал, вирусли ва замбуруғли оппортунистик инфекциялар келтириб чиқариши мумкин.

МАТ энг кўп учрайдиган инфекцияли зарарланиши куйидагилардан иборат:

- Токсоплазмоз
- Герпетик энцефалит
- Цитомегаловирусли энцефалит
- Криптококкли менингит

ОИТС - деменция синдроми (ОИВ энцефалопатия) МАТнинг бевосита ОИВ билан боғлиқ зарарланиши бўлиб; МАТ зарарланишининг бошқа этиологик сабаблари истисно қилинганда ташхисланади, касалликни оғир кечиши, тез ривожланиши ва хаёт учун нохуш оқибати билан характерланади.

МАТ ва периферик асаб тизимининг ОИВ инфекцияси билан боғлиқ, инфекция ва ноинфекцион генезли, неврологик белгилари ва синдромлари:

- Бош мия моддасининг атрофияси ва дегенерацияси
- Миёча атрофияси
- Вакуоляр мелопатия
- Гийен-Барре синдроми
- Сенсор ва моторик оғрик синдроми билан кечувчи периферик нейропатия. (РКТнинг ноҳўя таъсирлари билан дифференциал ташхислаш мумкин).
- Юз нервининг фалажи.

Криптококкли менингит

Клиника. Касаллик ОИВ билан касалланганларда СД₄ лимфоцитлар сони <100 мкл/1 мл бўлган беморларда ривожланади. Ўткир иситма, бош оғриғи ва умумий нохушлиқ билан характерланади. Баъзи беморларда касаллик белгиларсиз кечади; аксарият ҳолатларда менингиал белгиларсиз бошқа зарарланиш учоқлари юзага келади, айниқса, контагиоз моллюскга ўхшаш лезикула ва папула каби тери зарарланишлари шаклланади. Криптококк инфекциясининг клиник белгилари бўлганда барча беморларда орқа мия суюқлигини таҳлил қилиш керак.

Таъхис: орқа мия пункцияси ўтказиш бўлиб, бунда орқа мия

суюкклигини босимини ўлчаш ва криптококк антигенни (CAg) аниқлаш учун экспресс-текширув ўтказиш имкониятини беради. Қон зардобда криптококк антигенни скрининг тести натижаси 95% ҳолларда мусбат натижа беради; Орқа мия суякклиги текширувида кўзгатувчи култураси 95% ҳолларда аниқланади ва суртмаларни туш билан бўялганда 60 - 80% ҳолатларида кўзгатувчинини аниқлаш имконини беради. Орқа мия суякклигида одатда оксил миқдори (50-150 мг / дл) кузатилади ва мононуклеар плеоцитоз (5-100 мкл-1) кайд этилади; Орқа мия суякклигида босими (75% ҳолларда >200 мм Н₂O) ошади.

Токсоплазмозли энцефалит

Клиникаси. Токсоплазмознинг ОИВ инфекцияли одамларда латент инфекциянинг реактивацияси билан боғлиқ ва СД₄ лимфоцитлар миқдори <100 мкл-1 бўлган беморларда ривожланади. Токсоплазматик энцефалитнинг клиник белгилари: иситма, бош оғриғи, онгнинг бузилиши ва учокли неврологик бузилишлар билан характерланади.

Таъхис қуйидагилар асосида қўйилади: 1) КТ ва МРТ ёрдамида олинган суратлардаги патологик ўзгаришлар, 2) Т. Gondii учун IgG антитаначаларни аниқлаш ва ПЗР усули орқали токсоплазмозни ОМС ижобий натижаси; 3) даволашга жавоб ҳолати. Ўзига хос таъхислаш белгилари: МРТда зичлиги юқори бўлган камида иккита халқасимон ўчоқ, иситма, неврологик ўчоқли касалликлар ва IgG токсоплазмага IgG антитаначалар мавжудлиги (>беморларнинг 90%). ПЗР усули билан Т. Gondii ни орқа мия суякклиги > 96% аниқликни ташкил этади. Даволаш курси тугаганидан сўнг, ПЗР натижаси мусбатга айланади. Т. Gondii ни гематоксилин-эозин билан бўяш ва иммуно пероксидаз орқали мия биоптатида топиш мумкин. БФЭКТ (бир фотонли эмиссион компьютер томографияси) ёрдамида МАТ ва токсоплазмозли энцефалитни дифференциал таъхис ўтказиш мумкин.

ЦМВ-инфекциясида МАТ ни зарарланиши.

Клиникаси. ЦМВ инфекцияси МАТ: деменция, вентрикулоэнцефалит, кўтарилувчи полирадикуломиелопатия (миелорадикулит) кўринишида зарарланиши мумкин.

Деменциянинг клиник белгилари: 1) уйқучанлик, онгнинг хиралашиши, иситма ва 2) орқа мия суякклигида бир ядроли плеоцитоз ва оксил миқдорининг ошиши билан намоён бўлади.

Полирадикуломиелопатияни клиник белгилари: 1) оёқларда гипрогрессив парезлар, қовук ва ичак дисфункцияси 2) Орқа мия суякклигида полиморф ядроли лейкоцитлар ва оксил миқдоринингошиши кузатилади.

Энцефалит клиник белгилари: 1) тез ривожланадиган делирий, бош мия нервлари зарарланиши, атаксия ва нистагм 2) орқа мия суякклигида оксил миқдорининг ошиши ва мононуклеарплецитоз 3) МРТда перивентрикуляр зонадан тулқин интенсивлигининг ошиши.

Вентрикулоэнцефалитли беморларда МАТ нинг тез ривожланувчи ўчоқли неврологик бузилишлари ва МРТ да перивентрикуляр зонада нолинувчи тулқин интенсивлигининг ошиши кузатилади.

Таъхис. Клиник белгилар ва орқа мия тўқимасида ПЗР усулида ЦМВ ни

аниклаш асосида қўйилади. Орқа мия суюқлигини ПЗР усулида текшириш 80% сифат ва 90% миқдор кўрсаткичи аниқланади. Бундан ташқари ташхис мия биопсияси, унинг гистологик ва културал текширувлари натижасида ҳам қўйилади. Радикуломиелопатияда орқа мия суюқлигида полиморф ядроли лейкоцитоз кузатилади.

ЦМВ-ретинит

Клиникаси. ЦМВ ретинити ОИВ билан касалланган ретровирусга қарши терапия олмаётган шахсларнинг учдан бирида ривожланади. Касаллик аломатларсиз кечиши ёки кўз олдида "сузувчи холлар" пайдо бўлиши билан намоён бўлади, кўриш соҳасида муаммолар, скотомаларни келтириб чиқаради ва кўриш ўткирлигини пасайишига олиб келади. Одатда касаллик СД₄ миқдори <50 хуж/ 1мл бўлган беморларда ривожланади. Кўз тубига караганда шериваскуляр сарғиш оқ инфилтратлар ва тўр пардага кон қуйилиши аниқланади. Қонни экиш, ЦМВ вирусли юкламасини ва қондаги ЦМВ антигенини аниклаш қийматга эга эмас, чунки бу текширувларда ЦМВ ни ташувчисидан касалликка ўтишни ташхислашда етарлича ўзига хослик йўқ. Лекин касаллиги қайталанувчи беморларда кон (экишдан) дан агентни ажратиш, in vitro (ихтисослашган лабораторияларда) сезувчанликни аниклаш мумкин. Қон зардобини ЦМВ антитанасига таҳлил қилиш бефойдадир, чунки у касалликни истисно қилади. Одатда тажрибали офталмолог офталмоскопияда кўз тубидаги ўзига хос ўзгаришлар асосида ташхис қўяди. Кўпинча шишасимон тана ва ички кўз суюқлигини ПЗР усули орқали ЦМВ га текшириш ижобий натижа беради ва юқори специфик ташхис усули ҳисобланади, лекин одатда, унга зарурият булмайди. Иммунитет тизимида тикланиш содир бўлмаса, касалликнинг қайталанишини кўзатиш мумкин. Рецидивсиз даврнинг давомийлиги касаллик қайталанишини мезонларига, кўз тур пардасини суратга олиш усули қўлланаётганлигига ва даволаш усулларига боғлиқ бўлади, Кейинчалик касалликни қайталанишлари қисқароқ вақт оралиғида содир бўлади.

Оддий герпес вируси (Herpes simplex virus)

Клиникаси. Лаб ва оғиз бўшлғи шиллик қаватининг герпеси ва жинсий аъзолар герпеси (генитал герпес) тафовут қилинади. Кўпчилик беморларда инфекция белгиларсиз кечади, аммо кичик ярачалар пайдо бўлиши мумкин. Одатда герпетик тошмаларнинг пайдо бўлишидан олдин бошланғич белгилар (ачишиш, кичишиш, санчиш ва таъсир соҳасида бошқа сезгилар) юзага келади, кейин лаблари ёки жинсий аъзоларда тошмалар пайдо бўлиб, улар тез орада ривожланишни кейинги босқичларига ўтади: папула, пуфакча, яра ва пустюкча. Кечки босқичдаги ОИВ инфекцияли беморларда тошмалар кўп ва оғир кечиши билан характерланади, уларда вирусни тарқалиши хавфи анча юқори, даволашга кўпинча вирусни ацикловирга сезгирлигининг пасайиши билан намоён бўлади.

Ташхис. Аниқ ташхис тошмалар орқали герпетик инфекцияни лаборатор тасдиқлаш, яъни ПЗР усули орқали оддий герпес вируси ДНК сини аниклаш ва оддий герпес вируси антигенига таҳлил қилиш орқали қўйилади. ПЗР усул

ОГВ-2 инфекциясини скрининг қилиш учун қўлланади. Инфекция белгиларсиз кечадиган беморлар учун вирус турини аниқлаб берувчи тест - системалар мавжуд.

Сувчечак вируси инфекциялари (VZV)

Клиникаси. Ўраб олувчи темираткини юзага келиш хавфи СД₄ лимфоцитлар сони кам бўлган ОИВ инфекцияли беморларда юкори бўлади. Тошма пайдо бўлишидан аввал шикастланган сохада оғриклар юзага келади ва бир неча кундан сўнг у ерда одатий пуфакчали тошмалар пайдо бўлади ва улар 3 - 5 кун давомида ривожланишни барча боскичларидан ўтади. Ташхис одатда тошманинг ташки кўринишига асослаб қўйлади. Шубҳа бўлган ҳолларда ташхис тошмалардан суртмалар ёки биоптатларни экиш орқали кўзғатувчини топиш ёрдамида ёки бевосита иммунофлуоресценция реакцияси (ИФА), гистологик текширув (тўқима намуналари) ёки ПЗР дан фойдаланиб тасдиқланиши мумкин.

Энг оғир асоратлар. Тезда кўриш қобилиятини йўқотишга олиб келувчи тур парданинг ташки қатламини прогрессив некрозига сабаб бўлади. Кўпинча беморларда СД₄ лимфоцитлар миқдори <100 мкл-1 га тенг. Бу касаллик терининг дермасини зарарланиши ва тур парда некрози билан намоён бўлади (J Clin Virol 2007; 38:254). Бундай беморлар зудлик билан офталмология кўрикдан ўтишлари тайинланади. Тур парда ажралиши натижасида тур пардани ўткир некрози – перифирик некротик ретинит ва витреит билан биргаликда кўзатилиб, кўриш қобилиятини йўқотиш хавфи юкори бўлади. Бу касаллик СД₄ + хужайраларининг ҳар қандай миқдори билан ривожланиши мумкин. Камрок ҳолларда ОИТС билан оғриган беморларда varicella-zoster вируси оқибатида асаб бузилиши ривожланиши, қўндаланг миелит, энцефалит, кўриш нерви неврити, бош мия жароҳатлари, асептик менингит, бош мия фалажлари, радикулитлар ва геморрагик инсултни билан намоён бўлади. Асоратларсиз кечган ўраб олувчи темираткида ОМС текшируви натижаларида мононуклеар плеоцитоз, оксил миқдорининг ошиши ва varicella-zoster вирусга ижобий ПЗР натижаси кўзатилиши мумкин. ОИВ билан зарарланган беморларда постгерпетик невралгия – оғир оғрикли синдром узок мудат қолиши мумкин.

Эпштейн-Барр вируслар келтириб чиқарувчи касалликлар

Эпштейн-Барр вируси келтириб чиқарадиган инфекция, герпесвирус оиласига мансуб бўлиб, ОИВ инфекцияси билан зарарланмаган шахсларда ҳам учрайди. Эпштейн-Барр вируси инфекцион мононуклеоз қақиради, бу касаллик ўткир кечади, баъзан сурункали кечиши ҳам мумкин. Эпштейн-Барр вируси куйидаги касалликларни ҳам қақириши мумкин:

- Оғиз бўшлғи тукли лейкоплакияси;
- Лимфоидли интерстициал пневмония;
- НХЛ;
- Беркит лимфомаси;
- Бурун-ҳалқум ўсмаси.

Оғиз бушлғи тукли лейкоплакияси орган трансплтациясидан кейин иммуносупрессия ҳолати пайтида бўлганларда, нур ва химиотерапия ҳамда узок вақт кортикостероидтерапия курсини олганларда учрайди. Тукли лейкоплакия эпителийни яхши сифатли зарарланиши бўлиб, оғиз бушлғи шиллик қаватини тугунлари, айниқса тилни ён юзларида бўртиб турувчи ўсмалар кўринишида, кўрганда худди оқ қараш билан қопланганга ўхшайди, оғриқсиз ва шпател билан олинмайди. Тукли лейкоплакия кўпчилик ҳолларда оғиз бушлғи кандидози билан бирга келгани учун кандидоз билан адаштириш ҳоллари учрайди.

Жадал ривожланувчи кўп ўчоқли лейкоэнцефалопатия (ЖРКЛ)

Клиника. Соғлом одамларда (70-80%) JC вирус, суякилиги, талок, бодомсимон безларда ва бошқа жойларда латент шаклда бўлади. Бу вирус одатда аста секин бошланиш ваневрологик касалликлар секин ривожланиши (бир неча ҳафта ёки ойлар давомида) туфайли беморни ногиронга айлантирувчи, фақатгина жадал ривожланувчи кўп ўчоқли лейкоэнцефалопатияни келтириб чиқаради. ЖРКЛ учун қуйидагилар хос: 1) когнитив функцияни бузилиши (деменция, тутқаноқ ҳолатлари, афазия, бош мия нервлари функцияси бузилиши, атаксия, гемипарез); 2) ОМС да цитоз ва оксил таркибининг йўқлиги; 3) иситманинг бўлмаслиги; 4) CD4 лимфоцитлар сони одатда <100 мкл-1, бироқ, тахминан учдан бир ҳолатларда > 200 мкл-1 бўлиши мумкин; 5) КТ ва МР томографиясида мия оқ модда зичлиги пасайиши; 6) Неврологик касалликларнинг бир неча ҳафта ёки ойлар давомида узлуксиз ривожланиши. Аниқ ташхис қуйиш учун тўғридан-тўғри флуоресценция ва олигодендроцитларга типик киритмалар усули орқали JC вирусни аниқлаш, анамнездаги ўзига хос хусусиятлар, МРТ даги типик ўзгаришлар, мия биоптатини аниқлаш зарур. ОМС ни JC вирусга ПЗР усулида тасдиқлаш 75-80% сезувчанлик ва 90-99% спесификликка эга.

Пневмоцистли зотилжам

Клиникаси. Босқичма-босқич (бир неча кун ёки ҳафта ичида) жисмоний ҳаракатларда нафас сикилиши кучайиши билан бошланиб, ажралмасиз (қуруқ) йутал, иситма, ва қуқрак қафасида оғриқларни ўсиб бориши хос. Обьектив текшириш пайтида, иситма, тахикардия, нафас олишнинг кўпайиши, ўпкада хириллаш белгилари аниқланади.

Лаборатория кўрсаткичларидаги ўзгаришлар: гипоксемия PO₂ пасайиши, қуқрак қафаси рентгенограммасида икки томонлама симметрик интерстициал инфилтратлар аниқланади, лекин 20% ҳолатларда рентгенограммада патологик ўзгаришлар кўринмайди. Атипик белгиларга тугунлар, бўшлиқлар ва булалар қиради. Кўпчилик ҳолларда пневмоторакс билан асоратланади. КТ ёрдамида, кесимлар орқали туширилган тасвирларда "хираойна" феномени (ўпка тўқималари тиниқлигини диффуз қамайиши) кўзга ташланади ва галлий билан сканер килинганда, қуқрак қафаси рентгенограммасида патологик ўзгаришлар кўринмаган беморларда радиофарм препаратларни бемор ўпкаси тўқималари орқали кучли ушлаб қолиниши аниқланади. КТ ёрдамида, туширилган

тасвирларда патологик ўзгаришлар кўринмаслиги пневмоцистли зотилжамни истисно қилишга йўл қўймайди.

Таъхис. Пневмоцистли зотилжамни дастлабки ташхисининг стандарт усули сифатида юзага келган балғам намуналари ёки бронхо-алвеолаларда бронхлар сатҳида олинган намуналарни, бронкоскопиядан олинган намуналарни ПЗР усулида пневмоцистларга текшириш ҳисобланади. Ушбу усулнинг сезувчанлиги 70% дан 90% гача ва ўзига хослиги 85% ни ташкил қилади.

Бактериал этиологияли зотилжам

Клиника. Бактериал зотилжамга хос белгилар - тана ҳароратининг юқори кўтарилиши, йўтал билан балғам ажралиши. Ёндош плеврит нафас олиш пайтида оғриқни келтириб чиқаради, аммо хақиқий нафас қисилиши камдан кам ҳолатларда учрайди. СРО (С реактив оксил) даражаси сезиларли даражада кўтарилади, ЛДГ одатда нормал чегаралар доирасида қолади. Даволашдан олдин тана ҳарорати кўтарилганда гемокултура посевиға қон олинади. Бунда асосий муаммо ташхиснинг узоқ давом этиши (24- 48 соат) ва нисбатан паст сезувчанликдир. Бироқ, посев – сезувчанликни баҳолашга имкон берадиган ягона усул. Балғам таҳлили–қасаллларнинг деярли ярмида қасаллик этиологиясини текширишга имкон берувчи оддий усулдир.

Ошқозон-ичак тракти инфекциялари

Ошқозон-ичак тракти (ОИТ) инфекцияларини қуйидагилар келтириб чиқариши мумкин:

- бактериялар
- замбуруғлар
- вируслар
- содда хайвонлар
- паразитлар
- ОИВ (ОИТ вирусининг бевосита таъсири);

ОИВ га боғлиқ диарея ташхисни фақат бошқа этиологик омилларни мустанно этиш йўли билан қўйилиши мумкин. Баъзида ошқозон-ичак трактининг аломатлари, одатда, малабсорбцияни келтириб чиқарувчи ичак ворсинкалари атрофияси сабабли келиб чиқиши мумкин. Ошқозон-ичак трактининг энг кўп учрайдиган зарарланиши, ўтқир ёки сурункали кечувчи диарея ҳисобланади.

Сурункали ич кетиш ОИВ инфекциясининг кечки босқичларига кўзатилиб, ўлимга олиб келиши мумкин.

Сальмонеллезли септицемия

Клиника. Соғлом одамларда салмонелланинг тифоз бўлмаган тури одатда фақат энтеритни келтириб чиқариши мумкин, иммуносупрессия бўлган беморларда оғир септицемияга сабаб бўлади. Беморларнинг умумий аҳоли кўпинча оғир бўлади. Аксарият ҳолларда тана ҳароратининг юқори бўлиши, титраш кузатилади, диарея доимо пайдо бўлмайди. Вақтида даволаш амалга оширилмаса, септик шок ривожланади.

Ташхис. Гемокултура усули билан *S. Enteritidis* ва *S. Typhimurium* салмонелланинг энтеритли штаммларини ажратишга имкон беради. *S. Typhi* ва *S. Paratyphi* кўзгатувчилари кам учрайди.

Кандидозли стоматит ва фарингит, эзофагит

Клиникаси. Кўпинча псевдомембраноз стоматит (тил оқариши) ривожланади: лунжда, томоқ ёки тили юзаси шиллик каватида, осонликча тозаланувчи оқ оғриксиз доғлар пайдо бўлади. Бу ҳолат кўпинча куйидаги хавф омилларидан бирида содир бўлади: СД₄ лимфоцитларни сони <250 мкЛ-1 га тенг, антибиотиклар қабул қилиш, кортикостероидларни сурункали қабули ва ҳоказо. Ташхис кўпинча доғларни ташки кўринишига қараб қўйилади. Кандидозли доғлар одатда осонлик билан кўчади; бу уларни оғиз бушлғининг тукли лейкоплакиясидан ажратиб олиш имконини беради, чунки уларнинг тугунчалари одатда тилнинг латерал юзларида жойлашади. Ташхис лаборатор суртмаларни микроскопик текшириш орқали қўйилади. Посевлар инфекциялари даволаш қийин бўлган беморларда дори учун кўзгатувчининг ва сезгирлик ўрганиш, турини аниқлаш учун амалга оширилади, лекин ташхисни аниқлаш мақсадида эмас, чунки бу микроорганизм шартли патогенлар каторига киради.

Кандидозли эзофагитнинг клиник кўриниши. Эзофагитнинг белгилари: кўкрак орқасидаги оғриқлар, дисфагия, ютиш пайтида оғрик, иситма доимий характерли эмас. Одатда кандидозли стоматит (фарингит) билан бирга кузатилади. Одатда СД₄ + лимфоцитлар микдори 100 мкЛ-1 дан кам бўлади. Ташхис эндоскопияда (агар уни амалга ошириш имконияти мавжуд бўлса), кизилўнгач шиллик каватида оқ доғлар кўринади; гистологик текширув ва посевда *Candida* замбуруғлари топилади.

Кандидозли вагинит

Одатдаги белгилар сифатидақинда ачишиши ва кичишиши, ҳамдашиллик пардадан сарғиш оқ қуюқ суюқликни ажралиб чиқиши ҳисобланади. Гинекологик кўриқда қин деворларида эритема ва сарғиш оқ фасодлар топилади; Грам бўйича бўялган суртмалардаёки 10% кон билан ишлов берилса, ачитқи хужайралари ёки псевдогифлар топилади. Кўпчилик ҳолатлар сақланган иммун тизимли аёлларда ташхис қўйилади. *Candida* културасини ажратишга эҳтиёж камдан кам бўлади; посевлар не-*albicans* (гоҳида) турларини аниқлаш учунёки флуконазолга тургунлигини аниқлаш учун (гоҳида) керак бўлади.

Микроспоридиоз

Клиника. Микроспоридиялар —Замбуруғларга мансуб бўлган микроорганизмларнинг катта гуруҳи бўлиб, ОИТС касаллигига чалинган инсонларнинг 20 - 50 % да сурункали диареяларни чақирган. Ҳозирги вақтда микроспоридозни тарқалиши ва касалланиш кўрсаткичлари нисбатан камайганлиги аниқланган. Лимфоцитлар сони <100 мкЛ-1 бўлган беморларда микроспоридознинг типик клиник кўриниши кўп маротаба ичнинг суюқ

кетиши (диарея) билан намон бўлади. Текширувлар натижасида (АКШнинг 10 та шахрида) аниқланишича, 737 нафар ОИВ инфекцияли беморларда микроспоридоз 1,5 % (11 одам) ташкил қилган; шу 11 одамда CD4 лимфоцитлар ўртача сони 33 мкл-1 ташкил қилган (3 дан 319 мкл-1 гача бўлган диапазонда).

Таъхис. Таъхис одатда нажаснинурли микроскопия усули орқали аниқланади. Микроспоридийлар туркумига кўп сонли микроорганизмлар кириб, улар каторида диареяни келтириб чиқаришга фақат иккита микроорганизм маълумдир: Enterocytozoon (Septata) intestinalis- у микроспоридиоз билан касалланган 10-20% беморларда учрайди ва E. bienersi 80-90% ҳолатларда учрайди. Ичак зарарланишидан ташқари, касалликни тарқалган формаси: энцефалитлар, кўз зарарланишини, миозитлар и синуситларни келтириб чиқариши мумкин.

ЦМВ-инфекциялар

Клиникаси. ЦМВ эзофагитниодатдаги клиник белгилари иситма, одинофагия ва кўкрак орқасида оғрик бўлади. CD₄ лимфоцитлар сони <50 мкл-1 га тенг бўлган беморларда ЦМВ эзофагит ривожланади. ЦМВ колит учун иситма, вазн йўқотиш, корин оғриғи, ошқозон ва ичак трактидан қон кетиш билан намоён бўлади ва CD₄ лимфоцитлар сони <50 мкл-1 га тенг беморларда учрайди. ЦМВ колит асоратларга ичак деворининг тешилиши ёки кучли қон кетиши қиради.

Таъхис. Эзофагит ёки колит ташхиси эндоскопик текширув асосида қатга чуқур бўлмаган шиллиқ парданинг яралари асосида қўйилади.

Вирусли энтерит

Клиникаси. Ўткир диарея (суяқ нажас), учдан бир касалларда сурункали шаклга ўтади; CD₄ лимфоцитларнинг ҳар қандай сониди ривожланиши мумкин.

Таъхис энтеритни кўпроқ норовируслар, аденовируслар, астровируслар, пикорнавируслар, калицивируслар қақиради; клиник лабораториялар бу вирусларни аниқлаш имконини берувчи сдоб –усқуналар билан жиҳозланмаган. Норовирусли инфекция («қишки қайт қилиш касаллиги», «қишки ичак гриппи» ёки «қишки вирусли гастроэнтерит») ОИВ инфекцияси бўлмаган шахсларда ҳам тез -тез учрайди.

Идиопатик сурункали диарея (патоген бўлмаган)

Клиникаси. Одатда кам миқдорда тез-тез суяқ нажас кузатилади. Диарея ўзи ўтади ёки ичак перисталтикасини тўхтатадиган дорилар билан даволанади. Одатда оғир вазн йўқотиш билан бирга кўзатилмайди ва ўз - ўзидан ўтиб кетади.

Этиологияси: турли юқумли бўлмаган сабаблар: дори воситаларининг (шу жумладан, лактацидоз) ноқўя таъсирларини, парҳез хатоларини, ичак бузилиш синдромини мустанасно этиш зарур.

Таъхис. Биоптатларда шиллиқ қават киприкчалари атрофияси ва крипт гиперплазияси аниқланади; ОИТни биопсия билан эндоскопик текшируви ва

биоптатнинг намунасини ўрганиш, шу жумладан электрон микроскопия усули билан микроспоридийга текширилганда ҳеч қандай юқумли кўзгатувчи аниқланмайди. Ушбу гистологик ўзгаришлар билан диарея мавжудлигини тушунтириб бўлмайди, чунки ошқозон-ичак симптомлари бўлмаган ОИВ билан касалланган беморларда топилади. Агар беморда кўп микдорда гифекал модда ажралиши билан кечувчи персистирланувчи диарея кузатилса ва касаллик чақирувчиси аниқланмаса, Капоши саркомаси ёки лимфомани истисно қилиш керак.

Ўпканинг инвази ва спергиллези ва тарқалган аспергиллез

Клиникаси. ОИВ инфекцияли шахслар учун махсус хавфомилларига СД4 лимфоцитлар сонининг <100 мкл-1 бўлиши, анамнезда ОИТС диагностикасига киритилган касалликнинг мавжудлиги, нейтропения, узок муддатли кортикостероидли терапия, кенг спектрли антибиотиклар билан даволаш ва анамнездаги ўпка хасталиклари хавфомиллари киради. ОИТС ли беморларда касалликни клиник шаклда:

1) Зотилжам ёки трахеобронхит: зотилжамда тарқалган, ўчоқли ёки ғовакли инфилтратлар юзага келади; компьютер томограммаларида ўпка инфилтратлари атрофида тўқималарнинг сийраклашиши ("гардиш", «гултож», "гало", "ўроқ" ёки «ярим ой» шаклидаги сайкаллашишлар) аниқланади ва ташхисни тасдиқлайди. Клиник белгилар иситма, йўтал, ҳансираш, плеврит, кон қусишни ва гипоксемияни ўз ичига олади. Трахеобронхитда бронхоскопик текширувида трахея деворларида усти қобиқ билан қопланган ярали ва экссудатив яллиғланиш аниқланади. Белгилари йўтал, иситма, нафас қисилиши, хириллаш, нафас олиш йўллари обструкцияси (стридор) ни ўз ичига олади.

2) Ўпкадан ташқари шакли: Аспергиллезли менингоэнцефалит, остеомиелит, синусит, тери ва юмшоқ тўқималарнинг зарарланиши.

Ташхис. Одатда шубҳа қилинган зарарланиш учоғидан олинган биоматериал посевларида бир неча марта кўзгатувчини ажратиб олиш орқали ёки клиник белгилар мавжудлигида, балғамда аспергиллар учун хос бўлган дихотомик гиф шохланишли замбуруғни аниқлаш, ёки гистологик текширув натижалари асосида қўйилади. Кўпинча, *A. Fumigatus* аниқланади; бундан ташқари, ОИТС билан касалланган беморларда *A. flavus*, *A. Nigra* ва *A. Terreus* турли аспергиллез ҳолатлари аниқланган. Аспергиллез диагностикаси мезонларига кўра, аниқ ташхис биоптатда замбуруғ элементлари ва замбуруғ култураси топилганда ёки меъёрга стерил бўлиши лозим бўлган биологик суюқлик ёки тукимадан замбуруғ култураси ажратилганда қўйилади.

Кахексия синдроми

Клиникаси. Классик кахексия синдроми остида, асосиз ҳолда камида 20% вазн йўқотиш билан бирга кучли давомий диареяни бирга келиши (30 дан ортиқ кун давомида кунига камида икки марта дефекациялар), ёки умумий ҳолсизлик ва инфекциян характерли сабабсиз тана ҳароратининг ошиши тушунилади. Классик кахексия синдроми билан оғриган беморларда

оппортунистик инфекцияларни юктириш хавфи юкори бўлади. Беморларнинг когнитив кобилиятларини пасайтиради.

Таъхис. Кахексия синдроми сабаблари турлича. Аввал оппортунистик инфекцияларни рад қилиш ёки даволаш зарур (сил, крипто ва микроспоридиооз). ОИК бўлмаганда, метаболик касалликлар, гипогонадизм, етарли овқатланмаслик ва малабсорбция синдроми каби сабабларни баҳоланиши керак, чунки кахексия синдроми билан бирга келиши мумкин. Д-ксилозли абсорбцияли тест ёки ингичка ичак биопсияси қўшимча текширишларни амалга оширилиш лозим. Тана таркибини баҳолаш усуллари (ДБХА, биоэлектрик импеданс тахлил) махсус тиббий марказларида қўлланилиши керак.

Ёмон сифатли лимфомалар Тизимли ноходжкин лимфомаси (НХЛ)

Клиникаси. Асосий симптом лимфа тугунларининг катталашиши бўлиб, улар каттик, қўзгалмайдиған ва оғриксиз бўлади. Ташхис аниқланган вақтда кўп беморларда лимфома ривожланиш босқичида бўлади. Деярли ҳар доим Анн Арбор буйича III-IV босқич ташхиси қўйилади, чунки кўп ҳолларда (60- 80%) В-симптоматика кузатилади: тана ҳарорати ошиши, тунги терлаш ва тана вазнини йўқотиш (60-80%), умумий ҳолсизлик, безовталиқ ва астенизациянинг тез ривожланиши кузатилади. Лимфа тугунларининг зарарланишидан ташқари, экстранодал зарарланишлар: кўз чаноғи, мойак, юрак, сут безлари, сийдик пуфағи, буйрак, мушак, суякларда бўлади. Кўпинча овқат ҳазм қилиш органлари, жигар, суяк илиғи ва ЛОР аъзолари зарарланади. Бундан ташқари, иккиламчи МАТ зарарланишлари тез-тез пайдо бўлади. Экстранодал зарарланишда қайси орган жараҳатланишига қараб қўшимча симптомлар кузатилади. Масалан, қорин оғриғи жигар ва талоқ катталашуvidан юзага келиши мумкин; қон кетиши ва ичак тутилиши ичак зарарланишидан бўлиши мумкин; суяклардаги оғрик - скелет инфильтрациясидан, бош оғриғи – миянинг шикастланишидан далолат беради.

Таъхиси. Гистологик таъхис муҳим аҳамиятга эга. Суяк илиғи пунктати таҳлили ташхисни аниқлаш учун имкон бермаса, унда лимфа тугунлари (масалан, қултиқ ости ёкичов)нинг биопсиясини бажариш керак. Лимфа тугунининг одатий пункциясини лимфома турини аниқлаш учун етарли бўлмаслиғи мумкин. Асосий патологик диагностика лимфома тури ҳақидаги маълумотни (Беркитт лимфомасими?), пролиферация тезлигини ва экспрессия профилини (ҳар бир ҳолатда: CD20 таҳлили; иложи бўлса CD10, CD138 МЦМ-1 таҳлиллари) ўз ичига олиши керак, чунки бу кейинги даволаш жараёнига таъсир кўрсатади. Барча НХЛ билан касалланган беморлар Анн Арборнинг таснифи буйича доимо «босқичлаш» жараёнидан ўтишлари тавсия этилади. Асосий ташхис ва босқичлаш ККО рентгенографияси, қорин бўшлғи органлари УТТ, суяк илиғини текшириш (оддий пункцияни ўзи етарли эмас!). Бўйин, кўкрак қафаси ва қорин бўшлғи органлари КТни ўтказиш зарур. ЭКГ ва эхокардиография ҳам аҳамиятли текширувлардан ҳисобланади.

МАТнинг бирламчи лимфомаси

Клиникаси. Лимфоманинг жойлашиши ва ўлчамига қараб турли хил неврологик белгилар кузатилади. Биринчи белгилар эпилептик тутканоқлар бўлиши мумкин. Бундан ташқари, шахсиятнинг ўзгариши, эътибор жамланиши бузилишлари, бош оғриғи, ўчоқли неврологик белгилар (масалан, парезлар) тез-тез кузатилади. Аксинча, тана ҳарорати кўтарилиши кўпинча кузатилмайди. Беморларда деярли ҳар доим кучли иммуно супрессия бўлганлиги сабабли, органик симптоматика, баъзан ҳақиқий белгиларни яшириши мумкин.

Таъхиси. Энг муҳим киёсий таъхис миятоксоплазмози билан ўтказилади. Кичик шишли солитар учоғини мавжудлиги МАТБЛ таъхисини қўйишга имкон беради. Шунга қарамай, одатда нисбатан катта ҳажмли (диаметри 2 см дан ортиқ) 2- 4 зарарланиш ўчоқлари бўлиши мумкин. Одатда МАТБЛда 4 дан ортиқ зарарланиш ўчоқлари кам ҳолларда учрайди. Токсоплазмозга серологик текшириш ўтказиш билан бир қаторда, унинг манфий натижаси ушбу касалликни инкор этиш имконини берса ҳам, СД4 ҳужайралари сонини аниқлаш керак. Иммуниетет даражаси қанчалик яхши бўлса, МАТБЛ таъхиси эҳтмоли камроқ бўлади.

Капоши саркомаси

Клиникаси. Дастлабки босқичда капоши саркомасининг одатий белгилари Лангер чизиклари бўйлаб жойлашган дуксимон шаклли доғлар ёки оч қизил ёки қуқ-қизил тугунчалар. Оғиз бўшлиги шиллик қаватида кўпинча каттиқ тугунчалар пайдо бўлади. Бирок, махсус локализация мавжуд эмас.

Касалликнинг кейинги кечил босқичлари ўзгариб туради. Ўсимта бир неча йиллар давомида ривожланмаслиги мумкин, баъзи ҳолларда эса тез ўсиши ва бир неча ҳафта ичида тарқалиб кетиши мумкин. Ўсимтанинг жадал ўсиши оғриқ келтиради ва ўсимта атрофида тери сариқ-яшил рангга киради (қон йиғилиши!). Бундан ташқари, яраланиш ва қонаш билан бирга марказий некроз юз бериши мумкин, баъзан эса, катта ҳажмли шишлар пайдо бўлиши, айникса оёқларда, жинсий аъзоларда ва юзда кузатилади. Тузалаётган КС ўчоқлари бошида ранги хиралашади, кейин ҳажми кичраяди ва охирида ўзидан кейин жигарранг ёки оч жигаррангли гиперпигментацияни қолдириб, у бир неча ойлар ичида ва ҳатто баъзида бутун умрга шундай қолиши мумкин. Бу ходиса гемосидеринни йиғилган қатламлари ва яллиғланиш туфайли меланоцитларни қучайган синтези туфайли юзага келади. Лимфедема, айникса болдир соҳасида бир неча йиллар давомида сақланиб қолиши мумкин.

Таъхис. КС таъхиси қўп ҳолларда визуал текширув асосида қўйилишидан қатъий назар, барча ноаниқ ҳолатларда, гистологик текширув (эксцизион ёки инцизион биопсия) учун материал намунаси олинади. Гистологик суртма КС учун одатий бўлган дуксимон шаклдаги лимфогистиоцитар инфилтратлар билан ўралган ҳужайралар ва эритроцитли экстравазатларга эга янги ташкил топган тешиксимон томирлар билан характерланади.

Ходжкин касаллиги (ХК)

Клиникаси. Кўпчилик ҳолларда В-симптоматикаси мавжуд. Ҳар донм экстранодал зарарланиш ва прогрессив босқич қайд этилади. Лимфа тугунлар қаттиқ, ҳаракатсиз ёки секин ҳаракат қиладиган, оғриксиз бўлади. Бу ҳолатни ОИВ-лимфаденопатия ёки лимфа тугунларининг туберкулёздан фарқлаш имкони бўлмайди.

Таъхис. НХЛ билан бўлгани каби, касалликнинг босқичини аниқлаш асосий ҳисобланади. Биопсия учун лимфа тугунини олиб ташлаш муҳимдир, чунки оддий пункция камдан-кам ҳолларда касаллик таъхисини аниқлашга имкон беради. Беморни қайтадан пункция қилишга жунатмасдан ва вақтни бекорга йўқотмаслик учун, таъхисни бошиданок тугри қуйиш муҳимдир. Лимфа тугунининг эксцизион биопсиясини бажариш амбулатория шароитида амалга оширилса ҳам бўлади.

Тери ва тирнок касалликлари Дерматомикозлар

Клиникаси. Терининг замбуруғли зарарланиши (дерматомикоз) меърадаги иммунитетга эга шахсларда ҳам учрайди. Оёқ қафти, сон ва тирноқларнинг кўп зарарлайдиган кўзгатувчиси *Trichophyton rubrum* (руброфития) ҳисобланади. Касаллик одатда кичиш билан намоён бўлади. Тери ёрилиши, сезиларли куруклашган бўлади. Инфильтратив ва инфильтратив-йирингли шаклларида аниқ яллиғланиш кўринишидаги тошма терининг исталган жойида бўлиши мумкин. Чов соҳа зарарланишида кўпчилик ҳолларда мойк халтаси ҳам кўшилади. Оғир ҳолатларда қоринни пастки қисми, киндик атрофлари, бўкса соҳалари ҳам зарарланади. Зарарланиш бошнинг соч қисми ва юзга таркалиб фолликулитларни келтириб чиқаради, бу ҳолат эса сурункали бактериал инфекция деган хато фикрни уйғотади. ОИВ инфекцияли шахсларда оёқ ва қўлтирноқларини биргаликда зарарланиши кўп кузатилади. Кандидозлардан фарқи тирноқлар руброфитияси тирнок пластинкаларини кўшиб олади, аммо паронихияни чакирмайди. Тирноқлар ёрқинлигини йўқотади, тирноқлар қалинлашади, ёрилади ва емирилади. Бунда кўп ҳолларда бармоқ терисини ҳам зарарлаб, гиперкератоз ҳисобига қалинлашади, ёрилиши ва тирналиши мумкин. Бунга қафт тери қўшилади.

Касаллик қайталанишга мойил ҳисобланади.

Таъхис. Кўзгатувчинини теридан олинган қириндидан микроскоп орқали қўйилади. Замбуруғ турини экиш орқали аниқланади. Тирнок пластинкасининг ички юзасидан олинган ва гидроксид калий билан қайта ишланган материалда микроскопда текширилиб кўзгатувчи топилади.

Себореяли дерматит

Клиникаси. Себореяли дерматит ОИВ билан касалланган шахсларда кўп учрайди. Уни *Pityrosporum ovale* замбуруғи кўзгатади (бошқа номи *Malassezia* Гиг Гиг). Довузок билан қопланган эритематоз тошмалар билан характерли ҳисобланади. ОИВ инфекцияли шахсларда кенгрок майдонларни зарарлаб, узок сақланади ва тез рецидив беради.

Таъхис. Клиник белгиларга асосланиб қўйилади. Тошма кўпинча терининг куйидаги жойларида учрайди:

- юзда;
- бурун канотлари атрофида;
- бурун-лаб бурмаларида;
- қош атрофида;
- бошда;
- кўкракда;
- кўлтик остида;
- тананинг юкори қисмида;
- жинсий аъзо атрофида.

Қичима

Клиникаси. Қичимани *Sarcoptesscabei* канаси қўзғатади. Кана урғочиси терига киради ва бир неча сантиметр узунликдаги чизиқ йўллари ҳосил қилади. Қичима симптомлари жуфт папулёз-везикулёз элемент шаклида намоён бўлади.

Тошмаларни жойлашуви:

- бармоқлар, айниқса бармоқ оралари;
- билак ва тизза буғинларини букиш юзаси, кафтни ички юзаси;
- билакни ички юзаси;
- жинсий аъзо;
- кўкрак безлари;
- корин терисини киндик атрофи
- ёнбош соҳа
- тананинг ён юзалари
- кўрак ўртаси.

Айрим беморларда қичима йўллари ва каналари жуда кам бўлиб уларни топиш кийин кечади. Кучли қичиш характерли бўлиб, кечга бориб кучаяди. Қичишиш танани ҳамма қисмига хатто каналар озикланмаётган қисмларига ҳам тарқалади. Иммунонитети паст шахсларда касалликни нисбатан оғир шакли норвегия қичимаси учрайди. У пуфакча шаклидаги тарқалган тошма бўлиб, терида қалин қовузоқ ва каналарни кўплиги билан характерланади. Асорат тери қашилишида унга иккиламчи инфекцияни қўшилиши билан боғлиқ бўлади.

Таъхиси. Терида тошмалар ва кана йўллари топишга асосланади. Теридан олинган қириндини микроскопда қўрилганда канани ўзини ва тухумларини топиш мумкин.

Стафилококкли фолликулит

Клиникаси. Фолликулит – бу соч фолликулалари яллиғланиш инфекциясидир. ОИВ инфекцияли беморларда кўп ҳолларда пустилезперифолликулит ривожланади. Қўзғатувчиси асосан *Staphylococcus aureus* ҳисобланади, айрим ҳолларда бошқа микроорганизмлар қўзғатади.

Таъхиси. Клиник белгилар асосида қўйилади. Зарарланиш кўп майда

(диаметрида 5 мм дан кичикроқ), кизарган фолликулалар пайдо бўлиши билан бошланиб, улар ўртасидан йиринглаш кузатилади. Аксарият ҳолларда кичишиш билан кечувчи зарарланган фолликулаларни тўплами кузатилади.

Контагиоз моллюск

Клиникаси. Контагиозли моллюск – тери юзаси инфекцияси бўлиб, кўзгатувчиси контагиоз моллюск вируси ҳисобланади (поксвирус). Вирус бемор танаси билан бевосита контакт бўлганда, умумий кийим-кечак, ётоқ анжомлари, сочиқлардан фойдаланганда юқади. Жинсий йул билан ҳам юкиши мумкин. Инкубацион даври бир неча хафтадан бир неча ойгача давом этиши мумкин. Сокол олиш даврида тери қашилиши ёки зарарланиши инфекцияни тарқалнишига олиб келади. Контагиоз моллюск ОИВ инфекцияли беморларда деярли кўп учрайди. ОИВ инфекцияси билан зарарланмаган шахсларга нисбатан:

- Элементларни кўплиги кузатилади;
- Элементлар узоқ вақт янгитан ҳосил бўлади;
- Зарарланиш катта жойни эгаллайди;
- Даволаш муолажаларига қийинлик билан жавоб беради.

Ташхиси. Характерли тошмалар топилишига асосланиб қўйилади. Тошмалар: каттиқ бўлган папулалар ёки оқиш-гавхар рангда, диаметри 2-5 мм бўлган марказида «киндиксимон» ботиклик бўлиб, оқ тер секретини сақлаган бўлади (моллюска таначаси). Папула танани ҳар қандай қисмида бўлиши мумкин, кўпроқ бир неча ой мобайнида ўзгармаслиги, рецидив бериши характерли. Қондаги оз моллюскани аниқлашни лаборатор усуллари суртмани кон билан қайта ишланган ёки Т цак усулида бўяб микроскопда кўриш, ёки биоптатни гистологик текширувда типик интраэпидермал боғларни топишга асосланган. Электрон микроскопда ғиштга ўхшаш катта вируслар кўринади. улар чечак вирусига ҳам ўхшаб кетади.

Диагностика

ОИВ инфекцияси диагностикасининг лаборатор таҳлилари тўрт мақсадда олибборилади:

1. Ташхис қўйиш;
2. Донорлар конини текшириш;
3. ОИВ инфекциясининг эпидемиологик жараёнини кўзатиш;
4. Даволаш тадбирларини белгилаш ва унинг самарадорлигини баҳолаш

ОИВ инфекцияси диагностикасининг усуллари

Махсус (специфик) усуллар

1. Иммунофермент анализи (ИФА) ёрдамида кон зардобидаги ёки плазмадаги вируснингбарчаантигенларига (баъзида р24 антигени билан биргаликда) нисбатан ҳосил бўлган антителоларни аниқлашга асосланган.

Текширилаётган кон зардоби планшетанинг лункаларига қўйилади ва ушбу кон зардобида ОИВни антигенларига нисбатан антителолар бўлса, улар антиген билан реакцияга киришиб антиген-антитело комплексини ҳосил қилади. Бундай комплекс ҳосил бўлгани кўзга кўринмайди. Ушбу комплексни кўриш ва баҳолаш учун кейинги босқичларида махсус реагентлар қўйилади. Бу ўз навбатида лункалардаги суюқлик рангининг ўзгаришига сабаб бўлади. Рангнинг оч-тўқлиги (оптик зичлиги) спектрофотометр ёрдамида аниқланади. ИФА усули амалиётда махсус тайергарликдан ўтган лаборатория ходимлари томонидан ўтказилади.

Бугунги кунда ИФА тахлили учун 4 хил авлод тест-системалари ишлатилади:

- Биринчи авлод - лизатли тест-система. Организмдаги ОИВ-1га нисбатан пайдо бўлган G- иммуноглобулинларни аниқлайди. Тест-системанинг сезгирлиги ва спецификлиги 95%дан камни ташкил қилади. Организмдаги антителолар ОИВ билан зарарлангандан кейин 27 кундан бошлаб аниқланади.

- Иккинчи авлод тест-системаларининг планшетларида антиген сифатида ОИВ-1 ва ОИВ-2 вирусларининг рекомбинант ёки сунъий пептидлари ишлатилади ва организмдаги G- иммуноглобулинларни аниқлайди. Тест-системанинг сезгирлиги 95% дан кам, лекин спецификлиги 95% дан юқорихисобланади. Организмдаги антителолар ОИВ билан касаллангандан кейин 27 кундан бошлаб аниқланади.

- Учинчи авлод тест-системаларининг планшетларида антиген сифатида ОИВ-1 ва ОИВ-2 вирусларининг рекомбинант ёки сунъий пептидлари ишлатилади. Бу авлодга мансуб тест-системалар нафақат G- иммуноглобулинларни эмас, балки M – иммуноглобулинларни ҳам аниқлайди.

Сезгирлиги ва спецификлиги 97 % дан юқори ҳисобланади. Антителолар ОИВ билан касаллангандан кейин 21 кундан бошлаб аниқланади.

- Тўртинчи авлод тест-системалари организмдаги антителоларни ва р24 антигенини ҳам аниқлайди. Бу эса ОИВ инфекциясига эрта, яъни касаллангандан сўнг 12 кундан бошлаб таххис қўйишга имкон беради. Тўртинчи авлод тест-системаларининг сезгирлиги ва спецификлиги 97% дан юқорихисобланади.

Ҳар қандай авлод тест - системаларида тахлил ўтказилганда «сохта манфий» ва «сохта мусбат» натижа олиниши мумкин.

- «Сохта манфий» натижа кўпроқ «серологик бўшлиқ» даврида, яъни инсон ОИВ инфекцияси билан зарарланишининг дастлабки кунларида, вирусга нисбатан антителолар пайдо бўлмаганда кўзутилади. Бундан ташқари, ОИВ инфекцияси билан касалланган беморларнинг организмда баъзи сабабларга кўра антителолар ишлаб чиқариши кескин камайиб кетганда (агаммаглобулинемия, серореверсия, касалликнинг охириги босқичи – ОИТС даврида) «сохта манфий» натижа аниқланади .

- «Сохта мусбат» натижалар иммун тизими билан боғлиқ бўлган айрим соматик касалликларда (аутоиммун ҳолатда, онкологик касалликларда,

вируслар ва бактериялар чакирувчи юкумли касалликларда), шунингдек хомиладорлик даврида кўзатилиши мумкин.

2. **Экспресс (тезкор)** тестлар сўлак, қон, зардоб ва плазмадаги ОИВ инфекциясига қарши ишлаб чиқарилган антителолар ва антигенни тезлик билан аниқлашга қаратилган серологик текширув усул ҳисобланади. Ишлаш технологиясига кўра агглютинацион, иммунофилтрацион, иммунохроматографик турлари фарқланади. Экспресс тест синамаларининг қулайлиги бу синамалар қўлланилиши учун алоҳида ўлчов аппаратлари талаб этилмайди. Таҳлил натижалари иммунофермент анализига нисбатан қисқа вақт ичида тайёр бўлади. Экспресс тестларни аноним текширувлар ва аҳолини ОИВни юктириб олишга мойил бўлган гуруҳлари орасида қўллаш қулайдир.

3. **Иммуноблот усули** фақатгина ОИВнинг махсус оқсилларига нисбатан пайдо бўладиган специфик антителоларни аниқлашга имкон беради. Шу сабаб усулнинг специфик хусусияти ўта юқори. ОИТСга қарши курашиш марказлари лабораториясида ИФА натижаси мусбат деб тасдиқланган намуналар иммуноблот усулида текширилади. Иммуноблот таҳлилини ўтказиш учун махсус тиббий аппаратура, Ўзбекистонда рўйхатдан ўтган тест-системалар ва махсус тайёргарликдан ўтган лаборатория ходимлари талаб этилади.

4. **ПЗР** - полимераз занжирли реакция (полимеразно цепная реакция, ПЦР) - юқори сезувчанликка эга бўлган таҳлил ҳисобланиб, бу усул орқали ДНК занжирининг специфик кетма-кетлигини электрофорез ёки бошқа усуллар ёрдамида аниқлаш имконини берадиган даражагача амплификация қилиш (селектив кўпайтириш) ётади. ПЗР усули қонда ОИВ билан зарарланган хужайралардаги провирус ДНКсини, РНКсини аниқлаш (сифат ПЗР таҳлили) ёки қон плазмасида ОИВнинг РНК миқдорини аниқлаш (миқдор ПЗР таҳлили, яъни “вирус юкламасини” аниқлаш) мақсадида қўлланилади. Ушбу усулда таҳлил қилиш учун махсус лаборатория жиҳозлари ва махсус тайёргарликдан ўтган малакали тиббий ходим, ҳамда мамлакатимизда рўйхатдан ўтказилган, мақсадга мос келадиган тест тўпламлари бўлиши шарт.

ОИВ инфекцияси диагностикасининг махсус бўлмаган (носпецифик) усули

5. СД-4 хужайралар сонини аниқлаш усули ҳисобланади. СД-4 хужайралар Т-лимфоцитлар (Т-хелперлар) субпопуляциясининг вакили бўлиб, нормада уларнинг миқдори одамнинг ёшига қараб 1 мкл қонда 500 дан 1500 тагача бўлади. Т-хелперлар (СД-4) сонининг камайиши ОИВ инфекциясида Т-хужайра даражасидаги иммун танқисликнинг энг асосий кўрсаткичи ҳисобланиб, ушбу ҳолат касалликнинг симптомларсиз давридан бошланиб бутун кечиш даврида сакланиб қолади. Қон намуналарида СД-4 лимфоцитларнинг миқдори моноклонал антителолар ёрдамида оқимли цитофлюориметрлар орқали аниқланади. Ушбу усулда таҳлил ўтказиш учун махсус лаборатория жиҳозлари ва махсус тайёргарликдан ўтган малакали тиббий ходим, ҳамда мамлакатимизда рўйхатдан ўтказилган, мақсадга мос келадиган тест тўпламлари бўлиши шарт.

Катта ёшли аҳоли орасида ОИВ инфекциясининг лаборатория диагностикаси

Мусбат натижани икки марта тасдиқлаш йўли билан ўтказиладиган текширув қўлланилади:

- Бирламчи (скрининг) текшириш: ИФА усулида (3-4- авлод тест-системалари ёрдамида) ёки экспресс тест синамаси билан ўтказилади ва натижа мусбат бўлса кейинги усулга ўтилади.

- Тасдиқловчи текширув: ИБ ёки тасдиқловчи тест (ИФА-ИФА, ИФА-тезкор тест) ёрдамида (охирги босқичда) амалга оширилади.

Донор қонини ОИВ инфекциясига текшириш

Скрининг (бирламчи) текширув ИФА (4-авлод ИФА тест синамалари) ўтказилади. Скрининг текширувида мусбат натижа олинган донор қони қайта тасдиқланмасдан йўқ қилинади, донорнинг ўзи эса донорликдан четлатилади.

Агар текширилаётган таҳлил манфий натижа берса, «манфий» деб хулоса берилади.

Болаларда ОИВ инфекциясининг лаборатор диагностикаси

Болаларда ОИВ инфекцияси диагностикаси ва текшириш усуллари онанинг ОИВ статусига қараб белгиланади.

ОИВ инфекцияли оналардан туғилган болаларни ОИВга текшириш тартиби

Бола ОИВ инфекциясини онасининг ҳомиладорлик даврида, туғилиш вақтида ҳамда она сути билан озиклантирилганда юктириб олиши мумкин. Она организмда ишлаб чиқариладиган ОИВга нисбатан антителолар ҳомиладорлик даврида йўлдош орқали ўтиб, бола туғилгандан сўнг унинг қонида 18 ойгача сақланиб қолади. Шу сабабли, бу даврда болага серологик усулда ташхис қўйиб бўлмайди.

Бу даврда сунъий усулда озиклантириладиган болаларга ОИВ инфекцияси юққанлиги қонда провирус ДНКни аниқловчи ПЗР таҳлилининг иккита мусбат натижаси асосида ташхис тахмин қилиниши мумкин.

- Бола туғилгандан кейин, дастлабки 48 соат ичида ПЗР усулида ОИВ инфекциясига текширилганда натижа мусбат чикса, ОИВ болага ҳомиладорлик даврида юққан деб тахмин қилинади.

- Агар 48 соат ичида ПЗР усулида провирус ДНКга текширувда манфий натижа бўлиб, кейинги текширувда мусбат натижа аниқланса, ОИВ болага туғилиш жараёнида юққан деб гумон қилинади.

- ОИВ билан зарарланган онадан туғилган ва кўкрак сути билан озиклантирилмаган боланинг ОИВ статусини 3 ойлигида ПЗР усулида провирус ДНК текшируви орқали қўйилиши мумкин.

Текширув алгоритми. Бола 6 ҳафталик бўлганда (1,5 ойлигида) бирламчи текширув, яъни ПЗР усулида провирус ДНКсини аниқлаш қўлланилади. Агар натижа мусбат бўлса, бола ОИВ билан касалланганлик эҳтимоли бор деб ҳисобланади. ПЗР усулида провирус ДНК текшируви манфий натижа берса,

бола ОИВ билан касалланмаганлик эхтимоли бордебайтилади. Бирламчи мусбат ёки манфий натижалар қайта тасдиқланишни талаб этади.

Бола 12 ҳафталик бўлганда (3 ойлигида) иккинчи марта ПЗР усулида провирус ДНКсини аниқлаш текшируви ўтказилади. Қайта текширув натижаси мусбат бўлса, бола ОИВ билан касалланганлик фоизи юкори деб ҳисобланади. Агар қайта текширувда манфий натижа олинса, боланинг ОИВ билан касалланмаганлик фоизи юкорилигини билдиради. Агарда ПЗР усулида икки марта мусбат натижа олинса, бола ОИВ инфекцияси билан зарарланган деб ҳисобланади ва зудлик билан даволаш йўналишлари белгилаб олиниши лозим бўлади. ПЗР усулидаги текширувлар ҳулосаси иккита бир хил натижалар асосида белгиланади.

Кўкрак сути билан озикланмаган болалар ПЗР усулида текширилганда икки марта манфий натижа аниқланиши уларни ОИВ билан касалланмаган деб тахмин қилинишига асос бўлади.

18 ойга тўлмаган, лекин кўкрак сути билан озикланган болаларда кўкрак сути билан озиклантириш тўхтатилгандан сўнг камида 6 ҳафта ўтиб, ПЗР усулида провирус ДНКсини аниқлаш ўтказилади. ПЗР усулида текшириш мусбат натижа берса, бола ОИВ билан касалланган деб ҳисобланади ва даволаниш масаласини ҳал қилиш учун йўлланма берилади. ПЗР усулида текшириш манфий натижа аниқланса, бола ОИВ билан касалланмаган деб тахмин қилинади.

ОИВ инфекцияли онадан туғилган болаларга якуний ташҳис 18 ойга тўлганидан сўнг, ОИТСга қарши курашиш марказларида комиссия тарзда кон олиниб, ИФА ва ИБ таҳлиллари асосида қўйилади.

Даволаш

90-йилларнинг бошидан бошлаб қайталама транскриптаза ингибиторлари комбинациясини қўлланилиши ОИВ-инфекциясини даволашга янгича қарашларга сабаб бўлди. Аммо, янги гуруҳ вирусга қарши препарат протеаза ингибиторини пайдо бўлиши ОИВ-инфекция билан касалланган беморлар ҳаётини узайтиришга ёрдам берди. 1996-йилдан бошлаб нонуклеозит қайталанма транскриптаза ингибиторларини қўлланилиши ОИВ-инфекцияни сурункали касаллик сифатида трансформациясига, клиник белгилар, иммунологик ва вирусологик кўрсатмалар асосида умрининг охиригача даволанганда натижа беришини кўрсатди

Даволашнинг асосий йўналишлари куйидагилар:

Этиотроп антиретровирусга қарши терапия: қайталама транскриптаза ингибитори, протеаза ингибитори;

Патогенетик терапия: асосан иммуномодулятор препаратларни: интерферон ва интерферон индукторлари.

ВААРТ–бу одам организмда ОИВ репликациясининг турли босқичига бир вақтнинг ўзида уч ёки тўртта гуруҳ препаратларни бирдан қўллашга айтилади.

Антиретровирус препаратларининг гуруҳлари

1. Нуклеозид табиатга эга бўлган қайта транскриптаза ингибиторлари.

Нуклеозид табиатига эга бўлган қайта транскриптаза ингибиторлар модифицирланган аномалияли нуклеозидлар бўлиб, улар ОИВ вируси РНКсининг ДНКга утиш синтезида қатнашадиган қайта транскриптазадан кейин бўладиган ДНК провируси синтезини камайтиради.

Асосий препаратлари: Зидовудин, Диданозин, Залкцитабин, Ставудин, Ламивудин.

2. Нуклеозидли табиатга эга бўлган қайта транскриптаза ингибиторлари.

Бу ингибиторлар ОИВ вируси билан зарарланган хужайралар метоболизми билан аралашиб, уларнинг фаолиятига таъсир қилмай, қайта транскриптаза фаолиятини узгартириб, ноактив бўлган чидамли фермент-субстрат комплексини ҳосил қилади.

Буларнинг асосий препаратлари: Невирапин (вирамун), Делавердин (рескриптор, DLV), Ловирид, Ифавирень (сустива, DMP-266)

3. Протеаза ингибиторлари.

Протеаза ингибиторларининг анти – ОИВ Эффекти селектив характерга эга бўлиб, улар ОИВнинг протеазаси билан специфик таъсир қилади.

Асосий препаратлари: Индинавир, Саквинавир (фортовазе), Нелфинавир (вирасепт), Ритонавир (норвир).

Антиретро вирусли терапия асосий қоидалари:

- Беморнинг хохиши-даволашни бошлаш ва уни ўтказиш учун муҳим ҳисобланади. Бемор антиретровирусли препаратларни қабул қилишга, ножўя таъсирларини билган ҳолатда ўз хохиши билан тайёр туриши керак

- Замонавийлик – АТВТ ни курсатма бўлганда эрта бошлаш.

- Адекватлик-бемор учун асосий ва қўшимча касалликларни инобатга олиб оптимал препаратлар комплексини танлаш.

- Узлуксизлик-доимий истеъмол қилиш.

РҚТни бошлашдан аввал беморлар билан уларнинг хохиши ва РҚТ бошлашга тайёр эканлигини, РҚТ препаратлар билан даволаш схемасини, уларнинг дозалари ва қабул қилиш жадвалини, РҚТнинг ижобий томонлари ва эҳтимол қилинган ножўя таъсирларини муҳокама қилиб олиш лозим. Шунингдек, беморларнинг кейинги қатновлари ва кўзатув мониторинг тартиби аниқлаб олинади. ОИВ ифнекцияли болаларни олиб боришда бундай суҳбат вақтида болани парвариш қилувчи шахс бевосита қатнашиши лозим, ва бунда бемор болага ОИВ статусини ошкор қилиш масаласи ҳам кўриб чиқилади.

РҚТ қабул қилиш юзасидан розилик ёки бош тортишининг якуний қарори муаян миқозга, парвариш қилувчи шахсларга боғлиқ ва агар улар РҚТ қабул қилишни кейинроқ муддатга қолдиришни хоҳласалар, кейинги ташриф

давомида ушбу масалага кўриб чиқилиши лозим.

Рухий саломатлик билан муаммолар бўлганда, рухий таъсир қилувчи препаратларни қабул қилиш ёки буюрилган тартибга риоя қилиш учун сезиларли тўсик бўлувчи бошқа муаммолар бўлса тегишли қўллаб-қувватлашни таъминлаш лозим ва доимий равишда РҚТ қабул қилишга тайёрликни қайта баҳолашни керак.

Даволашни бошловчи шахслар ва уларга ғамхўрлик қилувчи шахслар шуни билишлари, биринчи РҚТсхемаси самарали вирусологик супрессияга, иммунитетни тикланишига ва клиниканинг яхшиланишига олиб келади. шунинг учун ҳам РҚТни қўллашда муваффақиятли натижалар олиш учун барча дорилар тайинланган тартиб бўйича қабул қилиниши лозим. Шундай ҳолатлар бўладики, агар РҚТни қўллаш кечиктирилса, бу салбий оқибатларга олиб келиши мумкин, масалан, сил (ТБ) билан касалланган ёки ўлим ҳолати юқори бўлган чуқур иммун танқислик ҳолати кўзатилган шахсларда. Беморга бу кўпгина ножужа таъсирлар вақтинчалик бўлиши ва уларни назоратда ушлаб туриш мумкинлиги ёки ножужа таъсири туфайли препаратни бошқа ретровирусга қарши препарат билан алмаштириш мумкинлиги тушунтирилиши лозим. Даволашга содиқликни саклашга эришиш учун, даволашни бошлашга тайёргарлик кўраётганда, беморнинг рухий ижтимоий ёрдамга муҳтожлигини баҳолаш муҳимдир. РҚТ бошлаётган шахсларга хавфсиз жинсий алоқа, шахсий химоя воситаларидан фойдаланиш ва ОИВни бошқа шахсларга юқишини олдини олиш мақсадида бошқа хавфли ҳолатлар, масалан умумий муолажа анжомларидан фойдаланмаслик тавсия қилинади.

CD4 ҳужайраларининг сони 500 / мкл дан паст бўлган барча ОИВ инфекцияли беморларга АРТ тавсия этилади.

Оғир ёки ОИВ инфекцияси авж олган ёки CD4 <350 ҳужайра / мм³ к ва ундан паст кўрсаткичли катта ёшдаги беморларни биринчи ўринда даволаш керак.

РҚТни бошлаш тўғ РАСМИДАГИ қарор беморнинг ёки унинг васийларининг /конуний вакилларининг ёзма розилиги билан комиссия тарзда амалга оширилади. Беморнинг РҚТга қабул қилишга содиқ борлигига ишонч ҳосил қилиш керак. РҚТни тайинлашдан олдин ҳар бир беморни клиник ва лаборатория текширувларни амалга ошириб, клиник кўрсатмалар, қабул қилишга қарши кўрсатмаларни, лаборатория параметрларини аниқлаш керак.

РҚТбутун умр давомида препаратларни қабул қилишни талаб қилади. лекин даволанишнинг биринчи олти ойи айниқса муҳим ҳисобланади. Бу даврда оппортунистик инфекциялар ёки иммунитет тикланишининг яллиғланиш синдроми, шунингдек, дори воситаларининг эрта ножужа таъсирлари (масалан, дори воситасига гиперсезгирлик) кўзатилиши мумкин.

CD4 ҳужайралар сонининг тикланиши

Кўпгина беморларда CD4 ҳужайралар сони РҚТ бошланиши билан ошиб боради. кўпинча, бундай кўтарилиш даволанишнинг биринчи йили давомида кайд этилади, кўрсаткичларнинг бир текис (плато) бўлиши билан турғунлашадиган ва кейин иккинчи йил давомида аста секин ўсиб боради. Аммо баъзи

иммунитетни оғир шаклида сусайиши давом этиши мумкин, айниқса РҚТ бошлаш вақтида сил, криптококкоз, Капоши саркомаси ва ўраб олувчи темиртки, усмалар билан боғлиқ.

Ножўя таъсирлар юзага келиш эҳтимолини камайтиришга қаратилган энг муҳим кадамлар куйидагилар:

- ОИВни эрта аниқлаш ва РҚТни уз вақтида бошлаш;
- РҚТ бошлагунга қадар оппортунистик инфекцияларнинг мукамал скрининги;
- РҚТ бошлагунга қадар оппортунистик инфекцияларнинг оптимал даволаш.

Ретровирусга қарши терапияни бошлаш бўйича тавсиялар:

Катта ёшдагилар (18 ёшдан катта шахслар)

• РҚТни беморнинг терапияга содиқлиги ва тайёрлигини инобатга олган холда, агар ОИВ ни 1 ва 2 клиник босқичларида $CD4$ сони <500 хужайра / mm^3 га тенг бўлса, бошлаш тавсия этилади.

• Агар ВЮ даражаси 100,000 нусхада ёки ундан юкори кутарилса, РҚТни қабул қилиш истаги ва тайёрлигини бўлган холда, клиник ва иммунологик курсаткичлардан қатъий назар РҚТни бошлаш тавсия этилади.

• Агар $CD4 <350$ хужайра / mm^3 га тенг бўлса, барча одамлар учун устувор тартибда РҚТ бошланади.

• ОИВ инфекцияси оғир кечиши қўзатилган ва ОИВ инфекциясининг охирги босқичида бўлган барча беморларга (ЖССТ таснифибуйича 3 ёки 4 клиник босқич) $CD4$ даражасидан қатъий назар РҚТ бошланади.

ОИВ билан яшовчи хомиладор аёллар

• ЖССТ таснифи бўйича касалликнинг клиник босқичидан қатъий назар, $CD4$ хужайраларининг хар қандай сонида ОИВ билан яшайдиган барча хомиладор ва эмизикли аёллар учун РҚТни бошлаш лозим ва даволашни бутун умр давомида давом эттириш зарур.

Сил касали ОИВ инфекцияли беморлар

• $CD4$ хужайралари сонидан қатъий назар, ОИВ билан яшовчи барча сил билан касалланган беморларда. Силни даволаш биринчи навбатда бошланиши керак, ундан сунг, имкон қадар тезроқ, даволанишнинг дастлабки 8 хафтасида РҚТ бошланади. ОИВ инфекцияли сил касаллиги билан касалланган ва чуқур иммуносупрессия холати қўзатилган беморлар ($CD4$ сони 50 хужайра/ mm^3 данкам бўлган) силга қарши даволанишни бошлашдан кейинги дастлабки икки

ВГВ си бор ОИВ инфекцияли беморлар

• Оғир сурункали жигар касаллиги белгилари бўлган ОИВ/ВГВ коинфекцияли шахсларда ЖССТнинг таснифи бўйича, касалликнинг клиник босқичидан қатъий назар, РҚТ ни бошлаш тавсия этилади.

Серодискорбант жуфтликларда

• РҚТни содиқлик билан қабул қилиш истаги ниватайёрлигини инобатга олган холда, серодискордан жуфтликлардаги (ОИВ инфекцияси тарқалиш хавфини камайтириш учун) ОИВ билан мулоқотда бўлганлар учун ЖССТ

таснифига биноан, касалликнинг клиник боскичидан катъи назар, РКТ ни бошлаш тавсия этилади.

Успиринлар (>10 ёш); 5 дан 10 ёшгача бўлган болалар

- ЖССТ таснифи буйича касалликнинг клиник боскичи ёки CD4 хужайралар сонидан катъий назар, ота-онаси/васийнинг розилигини олган холда, РКТ ни бошлаш тавсия этилади

- Агар ОИВ инфекцияси ВЮ даражаси 100,000 нусхада ёки ундан юкори кутарилса, РКТни кабул қилиш истаги ва тайёргарликни инобатга олган холда клиник ва иммунологик курсаткичлардан катъий назар Р^Т ни бошлаш тавсия этилади

- 5 ёшдан катта барча болаларда, агар CD4 сони < 350 хужайра / мм³ бўлса, РКТ устувор тартибда бошланади -

- ОИВ инфекцияси оғир кечувчи ёки касалликнинг охирги боскичидаги (ЖССТ таснифи буйича 3 ёки 4 боскич) барча болаларда РКД ни устувор тарзда бошлаш зарур -

- CD4 хужайралари сонидан катъи назар, сил билан огриган, ОИВ билан яшовчи барча беморларда РКТни бошлаш зарур. Силни даволаш биринчи навбатда бошланиши керак, ундан сунг, имкон қадар тезроқ, даволанишнинг дастлабки 8 хафтасида РТ бошланади. ОИВ инфекцияли сил касаллиги билан касалланган ва чуқур иммуносупрессия холати кўзатишган беморлар (CD4 сони 50 хужайра мм³ данкам бўлган) силга қарши даволанишни бошлашдан кейинги дастлабки икки hafta мобайнида РКТни бошлашлари керак

1 дан 5 ёшгача бўлган болалар

- ЖССТ таснифи буйича касалликнинг клиник боскичидан ёки CD4 хужайралар сонидан катъий назар, ота-она / васийнинг розилигини, РКТни бошлаш истаги ва РКТга содклигини ҳисобга олган холда бошлаш керак

- ОИВ билан яшовчи барча болалар учун РКТни бошлаш биринчи уринда устувор булиши керак

- 1 дан 5 ёшгачаёки ОИВ инфекциясининг оғир кечиши/ охирги боскичида (ЖССТ таснифи буйича 3 ёки 4 клиник боскичлар) ёки CD4 миқдори < 750 хужайра / мм³ ёки < 25% бўлган болаларда, ушбу кийматлардан қайси бири камроқ булишини ҳисобга олиган холда. Фаол сил касаллиги билан огриган ОИВ инфекцияли барча болаларда РКТ, CD4 хужайраларининг сони ва касалликнинг клиник боскичидан катъи назар, сил касаллигига қарши даволаниш бошлангандан кейин 8 hafta ичида иложи борича эртароқ бошланиши керак.

1 ёшгача бўлган гўдақлар

- ЖССТ таснифи буйича касалликнинг клиник боскичи ёки CD4 хужайраларининг сонидан катъий назар, барча чакалоқларда РКТ

Профилактикаси

Асосий тамойиллар

Хозирги пайтда ОИВ билан мулоқотдан кейин ОИВ инфекцияси ривожланиш хавфини камайтиришнинг бир неча хил усули мавжуд: мулоқотдан кейинги профилактика (МКП), хомиладор онадан болага юкишининг олдини олиш профилактикаси (ОБЮП) ва ОИВнинг перорал мулоқотдан олдинги профилактикаси (МОП).

Мулоқотдан кейинги профилактика (МКП) ОИВ/ОИТС инфекциясига қарши кураш Давлатда стурининг таркибий қисми бўлиб ходимлар соғлигини муҳофаза қилиш ва шахвоний (сексуал) зўравонлик қурбонларига ёрдам кўрсатиш тадбири ҳисобланади.

МКПнинг оммабоп бўлиши зарур. Ундан ёшидан, жинси, фуқоралиги, жинсий мойиллиги, (сексуалорентация), иш тури, ҳибсдалигидан (махкум қилинганлигидан) катъий назар барча фойдаланиш ҳуқуқига эга.

МКП қуйидаги радамалга оширилади:

-ОИВ билан касбий мулоқот бўлганда ёки бундай мулоқот эҳтимоли юқори бўлганда;

-Касб фаолиятга боғлиқ бўлмаган тасодифий мулоқотда ёки шундай мулоқот эҳтимоли юқори бўлганда, жумладан даволаш муассасаларида ҳам.

Мулоқот тафсилотига аниқлик киритиш ва МКП қўллаш учун ОИВ га тестдан ўтиш ва маслаҳат олиш ихтиё рийлигидан хабардор қилиб, розилигини олиб кейин ўтказиш зарур.

Агар айрим ҳолатларда текширувчи ОИВ га тестдан ўтишга ўзи мустақил розилик бера олмаса (*кома ҳолатидаги бемор, рухий касалликка чалинган шахс ёки вояга етмаган бола*)васий ёки қонунда белгиланган ўзга ишончли шахс розили касосида ўтказилади.

Таъриф ва умумий маълумотлар.

МКП патоген микро организм билан мулоқотда бўлиш эҳтимолидан кейин ОИВ инфекцияси ривожланишининг олдини олишга йўналтирилган тиббий чора тадбир мажмуасидир.

Булар:

- Биринчи ёрдам кўрсатиш;
- Маслаҳат бериш;
- Хавфни баҳолаш;
- Хабардорлик асосидаги ихтиёрий розилиги билан ОИВга тестдан ўтказиш. Баҳоланган хавф даражасига кўра киска (28 кунлик) ретровирус қақар шипре паратлар билан муолажа курсини ўтказиш ва сўнгра кўзатиш қиради.

ОИВ билан касбий мулоқот.

Касбий мулоқот – бухизмат вазифалари бажарилаётган ёки бошқа биологик суюкликларнинг тери остига, шиллиқ қаватга ёки жароҳатланган териға тушиб мулоқотда бўлишга айтилади. Касбий мулоқот тиббиёт ходимларида ва айрим бошқа касб эгаларида бўлиши мумкин. Хизмат бурчлари

бажарилаётганда ОИВ юктириш хавфи ифлосланган ўткир тиббий асбоблар (масаланигна) орқали шикаст олиш, жароҳатланган (ёрилган, тилинган) тери ёки шиллик қават орқали мулоқотда бўлиши мумкин.

Юктириш хавфи.

Касбий мулоқотда юктириш хавфи мулоқот шакли ва хавфли материалнинг миқдорига боғлиқдир.

Юктириш хавфини оширувчи омиллар:

- чуқур (мушак ичига) жароҳатланиш;
- жароҳатланганда ифлосланган асбобнинг қон томирига тушиши;
- очиқ игна билан жароҳат олиш;
- юқиш манба изҳтимоли бўлган мижозда вирус юкломаси даражасининг юқори бўлишлиги (ВЮ);

Жароҳатланганг ери орқали юқиш шиллик қават билан мулоқотда бўлгандагидан нисбатан камроқ ҳисобланади.

ОИВга МКП ўтказилиши зарур деб ҳисобланган мулоқот турлари:

Организм суюқликлари:

- қон,
- қон аралаш сулак,
- кўкрак сути,
- кин суюқлиги,
- орқа мия,
- амниотик,
- перитонеал,
- синовиал,
- перикардиал,
- плеврал.

Мулоқот турлари:

1) шиллик қават (жинсий мулоқот, томчиларнинг кўзга, бурун ёки оғиз бўшлиғига тушиши);

2) парентерал.

ОИВ га МКП талаб этилмайдиган мулоқотларга қуйидагилар қиради:

- Мулоқотда бўлган шахс олдиндан ОИВ инфекциясини юктириб олган бўлса;
- мулоқот манбаси ОИВ-инфекцияси манфий бўлган ҳолатлар;
- кўз ёшлари, қонсиз сулак, сийдик ва тер каби хавф туғдирмайдиган тана суюқликлари билан мулоқотда бўлиш.

Касбий фаолият билан боғлиқ бўлмаган ОИВ билан мулоқот.

Ҳимояланмаган жинсий алоқадан кейин, вена ичига гиёҳ ва моддалар юбориш билан боғлиқ хавфдан ёки касбий фаолияти билан боғлиқ бўлмаган бошқабир алоқалардан кейин қўлланилган МКП самарадорлигини исботловчи

тадқиқотлар ва кўзатувлар натижалари мавжуд эмас. Шунга қарамасдан, касбий ва перинатал мулоқотдан кейин олинган маълумотлар МКПни қўллаш юқорида қайд этилган ҳолатлар учун ҳама аҳамият касб этишини тасдиқлайди.

Нокасбий мулоқот –бушиллиқ қаватга, тери остига (касб фаолияти билан боғлиқ бўлмаган тери орқали мулоқотга кон ёки бошқа биологик суюкликлар билан ифлосланган воситалар билан тасодифан, эхтимол жўртгага қилинган игна санчишлар киради) ёки венага касб фаолияти вапер инаталда врдан ташқари потенциал хавфли бўлган биологик суюкликлар билан бевосита мулоқотда бўлишга айтилади.

Нокасбий мулоқотларга химоя қилинмаган жинсий мулоқотлар, жинсий мулоқотда шахсий химоя воситасининг йиртилиб кетиши ёки сирғалиб ечилиб кетиши, гиёҳванд моддалар юборишда умумий шприцлардан фойдаланиш, игналарни тасодифий санчилиши, тишланган жарохатлар, шиллик қават билан мулоқот вабошкалар киради.

Мулоқотни баҳолаш

Рўй берган мулоқотда ОИВ юкиш хавфи даражасини мулоқот шакли, тури вахавфли материал миқдорига асосида баҳолаш зарур. Баҳолашда куйидагилар иобатга олиниши зарур:

а) Мулоқот шакли:

-тери жарохатланиши орқали;

-шиллик қават орқали;

-очик жарохатлар орқали:

б) Материал тури ва миқдори:

-кон;

-кон заррачалари аралашмаси бўлган биологик суюкликлар;

-потенциал юкумли бўлган биологик суюкликлар (масалан сперма, қин суюклиги, орқа мия, плеврал, перитониал, перикардиал ёки амни отики суюкликлар) ёки тўқима.

-юқори миқдорда (концентрацияли) вируслар сакловчи материаллар (бевосита мулоқот).

в) Мулоқотни қачон содир бўлганлиги.

Юқтириш манбасини текшириш

Қони ёки бошқа биологик суюкликлар июқтириш манбаи бўлиши мумкин шахс ОИВга текширилиши шарт.

Агар кон ёки бошқа материал (биологик суюклик, тўқима) билан мулоқот рўй берган шахси аниқ бўлса, бу шахсни тезроқ ОИВ гатекшириш керак;

агар бу одамни тешириш имкони бўлмаса, мулоқот рўй берган материал (кон, тўқимава.х) текширилади.

Юқтириш манбаи деб гумон қилинган шахс текширувдан ўтказилганида:

-хабардор қилиниб, тестга розилигини олиш;

-тестдан олдинги ва кейинги маслаҳатларни бериш;

-агар тестда мусбат натижа аниқланса, белгиланган тартибда маслаҳатлар олиш, даволаш вақўллаб қувватлаш хизматларига йўллаш.

Агар 24-48 саот мобайнида ИФА натижаларини олиш имкони бўлмаса, яхшиси ОИВ антитанасига экспресс (тезкор) тест ўтказиш мақсадга мувофиқ.

Мулоқот дабўлганлар гахар қандай вазиятда тест натижаларини кутиб МКП ўтказишни пайсалга солиб бўмайди.

Агар юктириш манбаи ноъмалум бўлса, текширишни иложиси бўлмаса ёки текширувдан бош тортса, ОИВ юктириш хавфи эпидемиологик маълумотлар билан баҳоланади:

-мулоқот шакли;

-юктириши мумкин бўлган манба ҳисобланган шахс мансуб бўлган жамият табақасида ОИВнинг тарқалиши;

Потенциал манбани текшириш жараёни ўтқир ретровирус синдромининг белгила Расмиз “бўшлиқ даврига (ОИВ инфекциясининг серопозитив даври) га тўғри келиши жуда камҳолларда кузатилади.

Мулоқотда бўлган шахсни текшириш.

Мулоқотдан кейинги текширувнинг (ишжойидами ёки бошқа жойда рўй беришидан қатъий назар) имкони борича тезрок яқин соатларда ўтказиш зарур.

Қуйидагилар тавсия қилинади:

-мулоқотгача инфекцияни юктириб олган, олмаганлигини аниқлаш учун мулоқотда бўлган шахс дархол ОИВ антитанасига тестдан ўтказилади. Аввал розилиги олинади, албатта тестгача ва тестдан кейинги маслаҳатлар ўтказилади.

-МКП учун дорилар танлашга таъсир қилиши мумкин бўлган ҳолатларни, (масалан хомиладорлик, кўкрак билан эмизиш) касалликларни ва истеъмол қилаётган дори воситаларни аниқлаш лозим.

Қуйидаги лаборатор текширувларини ўтказиш зарур:

-умумий қон таҳлили

-жигар фаолиятининг биокимёвий кўрсаткичлари (аминотрансферазалар активлиги- АЛАТ ва АсАТ ва билирубин даражаси) ни аниқлаш.

-ВГВ ва ВГС га текшириш (НВ Аg ва С гепатит вирусига антитаналарни аниқлаш).

Касбий фаолият билан боғлиқ бўлмаган мулоқотларда қўшимча маълумотлар олиш:

-ОИВ билан мулоқот частотаси;

-ОИВ юкиши хавфини оширувчи жинсий хулқ-атвор, гиёҳванд моддалар истеъмоли ва бошқалар;

-тасодифан игна санчилганда, игнада янги қон бўлганми, санчилиш чуқур бўлганми, игна венага тушганми;

-жинсий мулоқотда:

а) шахсий ҳимоя воситасидан фойдаланиш;

в) хомиладорликка тест ёки шошилиш қон трацепция зарурияти;

г) мулоқот шахвоний (сексуал) зўравонлик оқибатида содир бўлганми, у бир ёки бир неча шахслар томонидан содир этилганми.

д) мулоқот хайз кўриш ёки бошқа сабаб билан қон кетиш ҳолатига тўғри келмаганми.

ОИВ билан тасодифий мулоқотдан кейинги ёрдам кўрсатиш.

Биринчи ёрдам

Унинг мақсади инфекция билан ифлосланган биологик суюқлик (қон билан) ва тўқималар билан улоқотда бўлиш вақтини қисқартириш ва юқиш хавфини камайтириш учун мулоқот жойига тўғри бирламчи ишлов беришдир.

Игна билан ёки бошқа ўткир асбоблар билан жароҳатланганда қуйидагича ҳаракат қилинади:

- жароҳатланган жой тез дасовун билан ювилади.
- жароҳат юзаси оқар сувга тутиб турилади (бирнеча минут ёки қон тўхтагунча) токи жароҳатдан қон эркин оқиб кетиши керак.

Оқар сув бўлмаганда жароҳатланган жой дезинфекцияловчи гел ёки қўл ювиш эритмалар билан тозаланади.

Кучли таъсир қилувчи воситалар: спирт, оқартирувчи суюқликлар ва йодни қўллаш таъқиқланади, чунки жароҳат юзасини яллиғлантириши аҳолатини ёмонлашишига олиб келиши мумкин. Жароҳатланган жойни ишқалаш ёки эзишасло мумкин эмас. Игна санчилганидан кейин қолган жароҳатдан қонни суриб ташлаш мумкинэ мас.

Қон ёки бошқа биологик суюқликлар сачраганда:

а) жароҳатланмаган териға сачраганда:

- Дархол ифлосланган жойни ювиш.
- Оқар сув бўлмаганда гел ёки қўл ювиш эритмалар билан тозалаш.
- кучли таъсир қилувчи воситалар: спирт, оқартирувчи суюқликлар ва йодни қўллаш таъқиқланади, чунки жароҳат юзасини яллиғлантириши ва ҳолатини ёмонлашишига олиб келиши мумкин.
- кучсиз дезинфекцияловчи воситалар, масалан хлоргексидин глюконатнинг 2-4% эритмасидан фойдаланиш мумкин.
- Жароҳатланган юзани артиш, қириш асло мумкин эмас.
- Жароҳатни боғлаш мумкинэ мас.

б) кўзға сачраганда:

Дархол кўзни сув ёки физиологик эритма билан ювиш керак. Ўтирган ҳолда бош орқага ташланади ва кўзға сув ёки физиологик эритма аста – секинлик билан қуйилади; ковоклар остига сув ёки физиологик эритма оқиб тушиши учун вақти – вақти билан ковоклар тортиб турилади. Ювиш пайтида мулоқотли зарарланмайди, чунки улар химояловчи тўсик вазифасини бажаради. Кўзювилганидан кейин линзалар олиниб, одатдагида ишлов берилади. Кўзни совун ёки дезинфекцияловчи эритмалар билан ювишасло мумкин эмас.

в) оғизға сачраганда:

дархол оғизға тушган суюқлик тупуриб ташланади, оғиз обдон сув ёки физиологик эритма билан чайилиб яна тупурилади. Оғизни чайиш бир неча марта такрорланиши зарур. Оғизни совун ёки дезинфекцияловчи эритмалар билан чайиш асло мумкин эмас.

Мулоқотда бўлганларға маслаҳатлар бериш.

Текширувдан кейин тиббиёт ходими мулоқот шаклидан ва МКПға

эктиёждан қатъий назар нисбатан хавфни камайтиришга оидхулқ - атвор бўйича маслаҳат бериб бориш керак.

Агар МКПга ўтказишга розилик билдирсалар ёзма равишдаги тасдиқ хатини олиш зарур (розилик варакаси шаклига мувофиқ).

Сўнгра қуйидаги тавсиялар берилади:

-хомиладорликдан сақланиш ва қўқрак сути билан эмизишнинг хавфсиз йўллариини излаш;

-кон, тўқима ёки сперма топширишдан сақланиш;

-юкиш хавфи мавжуд манба билан мулоқотда бўлган шахс, 6 ой давомида ОИВ антитанага тестнинг салбий натижаси тадиқлангунича, жинсий мулоқотларда химоя воситаларидан фойдаланиш зарур;

-касбий мулоқот хавфи бўлган иш жойларида стандарт эхтиёткорлик чораларига риоя қилиш зарур;

-клиник ва лаборатория кўзатувларидан ўтибтуриш.

МКПни ўтказишга розилик олиш шаклида кўрсатилганидай, ретровирусга қарши препаратларни қабул қилиш тартибига аниқ риоя қилиш керак.

Агар мулоқот касб фаолияти билан боғлиқ бўлмаса, хавфсиз хулқ – атворга оид қуйидагилар тавсия қилиниши зарур:

-гиёҳванд моддаларни хавфсиз қабул қилиш (мулоқотда бўлган шахсни зарарни камайтириш дастурига жалб қилиш ва гиёҳвандлик кам ойилликни даволашга йўллаш);

- химоя воситаларидан (презерватив) ва бошка контрацепция усулларидан фойдаланиш зарур.

Агар мулоқот шахвоний (сексуал) зўравонлик билан боғлиқ бўлса, жабрланувчига маслаҳат берилиб, ҳуқуқий маслаҳат олиш учун юборилади.

МКП ни бошлаш вақти ва давомийлиги.

МКП ни ўтказилган тест натижаларини кутмасдан мулоқотдан кейин бир неча соат мобайнида бошлаш керак, **идеал ҳолатда, потенциал инфекцияланган биологик суюқлик билан мулоқотдан (авария ҳолатидан) кейин биринчи 2 соат ичида, лекин кўпи билан 72 соатдан кечиктирмасдан ўтказилади.**

МКП қўллашда керакли текширишларни ўтказиш учун мулоқотда бўлган ходимга вақтинчалик кўзатув картаси очилиб, унга барча лаборатор текширувлар натижалари, профилактикани ўтказишга хабардорлик асоси да розилик бериши ҳақидаги маълумотлар шу билан биргаликда МКП учун тайинланган дорилар номи, миқдорлари киритилади.

МКПнинг давомийлиги 4 ҳафта (28 кун).

РҚ-препаратлар дозалари

Зидовудин, 300 мг дан суткасига 2 марта оқватланиш пайтида ичилади.

Ламивудин, 150 мг дан суткасига 2 марта ёки 300 мг дан суткасига 1 марта ичилади. Эмитрицитабин 200 мг суткасига 1 марта ичилади.

Тенофовир, 300 мг суткасига 1 марта ичилади.

Лопинавир/ритонавир, 400/100 мг дан суткасига 2 марта оқватланиш

пайтида ичилади. Атазанавир (АТУ) 300мг/100 мг дан 1 марта овқатланиш пайтида ичилади.

Мулоқотда бўлганларни кўзатиш.

Тиббий ходим хизмат бурчини ўтаётганда биологик материаллар билан касбий мулоқотда бўлган пайтида биринчи ёрдам кўрсатилгандан сўнг дархол бўлим бошлиғига хабар беради ва “ДПМ ларидаги тиббиёт ходимлари орасида содир бўлган авария ҳолатларини қайд қилиш журналига” авария содир бўлганлиги ҳақида қайд қилиб қўяди. ОИВ инфекцияси эҳтимоли бор манбаъ билан мулоқотда бўлганлар касбий ёки нокасбий мулоқотда бўлишидан катъий назар, кўзатувга олинислари лозим.

МКП қўллашда керакли текширишларни ўтказиш учун мулоқотда бўлган шахсларга вақтинчалик кўзатув картаси очилиб, унга Потенциал юктириш манбаи бўлган шахсни ОИВ га тестдан ўтказишга хабардорлик асосидаги розилиги, барча лаборатор текширувлар натижалари, профилактикани ўтказишга хабардорлик асосида розилик бериши ҳақидаги маълумотлар шунингдек МКП учун тайинланган дорилар номи, миқдорлари киритилади.

Барча мулоқотда бўлганларга (МКПга мухтож бўлганларга ҳам, мухтож бўлмаганлар ҳам) мулоқотдан кейин дархол маслаҳат бериш, ОИВга тестдан ва умумий тиббий текширувлардан ўтказиш керак.

Ретро вирусга қарши препарат олувчиларни даволаш тартибига риоя қилишларини ва препаратларни салбий таъсирлари намоён бўлишини (кўнгил айниши, диарея) назорат қилиш ва салбий таъсирлари намоён бўлса, схемани ўзгартирмай, симптоматик даво чораларини ўтказиш керак.

ОИВ га тестдан (ИФА усулида) мулоқотдан кейин дархол, хатто МКП ўтказилмаса ҳам, кейинчалик эса 12 ҳафтадан ва 6 ойдан сўнг ўтказилади.

Агар ОИВ манбаи билан мулоқотда бўлган шахсда ўткир ретровирус инфекцияси синдромини эслатувчи симптомлар кўзатилса, ОИВга тўғридан тўғри тестларни топшириш лозим, бунда мулоқотнинг қачон рўй берганлигининг аҳамияти йўқ.

Агар МКП ўтказилгандан сўнг мулоқотда бўлган кишида сероконверсия кўзатилса, уни диспансер назоратига олинади.

Агар мулоқот шахвоний зўравонлик оқибатида содир бўлса, тегишли консультацияни бериш ва рухий қўллаб - қувватлашни таъминлаш керак. Жабранувчиларга албатта жинсий мулоқот йўли билан юқадиган касалликлар, хомиладорлик ва ҳуқуқий ҳимояларга оид масалалар бўйича маслаҳатлар ўтказиш зарур.

МКП ўтказган даволаш муассасалари бу ҳолатлар бўйича ҳудудий ОИТСга қарши курашиш марказига касбий ёки бошқа мулоқотларни рўйхатдан ўтказиш шаклларига мувофиқ ҳисобот тақдим этишлари керак. Ўз навбатида эса ҳудудий ОИТСга қарши курашиш марказлари ҳисоботни Республика ОИТСга қарши кураш марказига тақдим этишлари лозим.

Стандарт хавфсизлик чоралари

Индивидуал хавфсизлик воситалари

Хар қандай тиббий хизмат кўрасатиш тури учун биологик материал ёки ифлосланган жисмлар билан мулоқотда бўлиш хавфини баҳолаш зарур. Бунни коида килиб олиш зарур!

Хавфга қараб индивидуал химоя воситаларини ишлатиш:

- тоза ностерил кўлкоплар;
- тоза ностерил хўл бўлмайдиган халат;
- ниқоб ва химоя кўзойнаги ёки химоя экранни;
- ёпиқ оёк кийим;

Кўл гигиенаси.

Техникаси: Кўлни ювиш (40-60 сония): кўлни хўллаб ва обдон совун суркаш, уни хар томонидан ишқалаш, совунни ювиб ташлаш ва бир маротаба ишлатиладиган сочик билан куруқ бўлгунча артиш. Жумракни сочик билан ушлаб беркитиш.

Кўлни дезинфекция (20-30 сония) килиш: қафт ва бармоқларни барча участкаларига ишлов берадиган миқдорда антисептик модда куйилиб, куруқ бўлгунча ишқаланади.

Кўрсатмалар:

Мижоз билан мулоқотдан олдин ва кейин, уларга хизмат кўрсатиш оралигида, кўлкопдан фойдаланиладими ёки йўқми, бундан катий назар.

Кўлкоп ечилгандан кейин дархол:

Кўлга асбобларни ёки инвазив аралашувлар учун материалларни ушлашдан аввал.

Қон ёки бошқа биологик суюқликлар, ажралмалар, жароҳатланган тери ва ифлосланган буюмлар билан мулоқотдан кейин, кўлкопдан фойдаланилмаганми ёки йўқми бундан қатъий назар. Тиббий муолажа вақтида унинг танасини тоза қисмига тегишдан аввал, мижоз танасининг ифлосланган жойи билан мулоқотда бўлгандан кейин. Бемор яқинида бўлган буюмлар билан мулоқотда бўлгандан сўнг.

Кўлкоплар

Жароҳатланган тери шиллик қавати, қон ва бошқа биологик суюқликлар, ажралмалар билан мулоқотда бўлиш зарурати бўлганда кийилади. Бемор ўзигагина хизмат кўрсатилганида ҳам хавфли материал билан мулоқотда бўлгандан кейин хар сафар алмаштирилади. Иш тамом бўлганидан кейин, тоза материалларга, юзаларга тегишдан ва бошқа мижозга хизмат кўрсатишдан аввал кўлкоп ечилади. Кўлкоп ечилганидан кейин дархол кўл ювилаб, дезинфекция қилинади.

Агар кўлларда унча катта бўлмаган жароҳатлар (кесилиб колган) бўлса, уларга кўлкоп кийишдан аввал тегишли тарзда ишлов берилади.

Юзни химоя қилувчи воситалар (кўз, бурун ва оғиз).

Қон ёки бошқа биологик суюқликлар ва ажратмаларнинг сачраши ёки заррачалари пуркалиши билан боғлиқ хавфли ишларда кўзни, бурун ва оғиз шиллик қаватларини химоя қилиш учун ниқоб, химоя кўзойнаклари, юз

экранлари тақилади.

Халат кон ёки бошқа биологик суюқликлар, ажралманинг сачраши ёки заррачаларни пуркалиши билан боғлиқ хавфли ишларни бажаришда тери ва устки кийимларни химоя қилиш учун халат кийилади. Халат ифлосланиши билан дарҳол ечилиб, ундан кейин қўллар ювилади.

Игна санчилишларини олдини олиш.

Эхтиёткорликни талаб этади:

Игналар, скалпел ва бошқа ўткир асбоблар билан муолажаларда эхтиёткорлик талаб қилинади. ***Игна ва шприцлар билан муолажаларда эхтиёткорлик чоралари.***

Иньекция учун янги узи ғилофига кирадиган игнали бир марта ишлатиладиган шприцдан ёки бошқа бир марта ишлатиладиган асбоблардан фойдаланиш.

Қўп марта ишлатиладиган асбоблар фақат бир маротаба ишлатиладиган воситалар бўлмаганда ва стерилланганлиги тозалов вақти, юқори харорат ҳамда буғнинг босимини кўрсатувчи индикаторлар билан хужжатли тасдиқланиши шарти билан қўлланилишига рухсат этилади.

Зарурат туфайли ишлатилган игналарни олиш ёки ғилофлаш (шприцга ўрнатилган игнага қалпоқча кийдириш) асбоб ёрдамида ёки бир қўлда бажарилади. Игна ва бошқа ўткир асбоблар учун контейнерлар ишлатилмаган тақдирда, мижозларнинг хусусан болаларнинг очишга ҳаракат қилиши натижасида бахтсиз ходисаларнинг рўй бериши олдини олиш учун уларни деворга маҳкамлаш керак.

Бошқа ўткир асбоблар билан муолажалар ўтказилганида эхтиёт чоралари.

Ишлатилган ўткир асбоблар шу захоти ғилофланмасдан, нам ўтказмайдиган контейнерларга ташланади;

Контейнерлар зич ёпилади, муҳрланади ва тўлиши кутилмай йўқ қилишга жўнатилади.

Контейнерлар шундай жойланиши керакки, улар йиқилиб кетмаслиги ва фойдаланишга қулай бўлиши зарур.

Фойдаланилган ўткир асбоблар учун контейнерлар тўлиб кетмасдан ўз вақтида алмаштириб турилиши керак.

Фойдаланилган ўткир асбоблар солинган контейнерларни жойидан жилдирмай туриб, зич ёпиш талаб қилинади.

Зич ёпилганига шубҳа бўлса, қўшимча контейнерга жойланади.

Хоналарни тозалаш. Хоналар, барча буюмлар яхшилаб ювилади ва дезинфекция қилинади.

Фойдаланилган ўрин - чойшаблар

Фойдаланилган ўрин - кўрпа, кийим – бошни йиғиштириш, ташиш ва ишлов бериш қуйидаги тартибда бўлиши керак:

Ифлосланган ўрин кўрпаларни, чойшабларни йиғиштириш ва ишлов бериш.

Ифлос ўрин кўрпалар билан мулоқотда бўлиш имконият даражасида камайтирилиши керак.

Ифлосланган ўрин кўрпаларни йиғиштирганда имкони борича кўлқоп ва нам ўтмайдиган қоплардан фойдаланиш талаб қилинади.

Ифлосланган ўрин – кўрпалар солинган қоп ва контейнерлар маркировкаланади.

Ифлосланган чойшаблар беморлар жойлашган бинодан ташқарида, махсус ювувчи моддалар билан, иссиқ сувда ювилади.

Барча хавфли чиқиндилар беркиладиган, нам ўтмайдиган контейнерларга йиғилади.

Бундан ташқари тиббиёт ходимларига қуйидагилар ман қилинади:

-қон орқали юқувчи кўзгатувчилар бўлиши мумкин бўлган ишчи хоналарда қонтакт линзаларни олиш ва тақиш, лаб помадалари ишлатиш, чекиш, ичиш ва овқатланиш.

-қон ва бошқа хавфли биологик материаллар сақланадиган совутгичларда, шкафларда ичимликлар ҳамда озик-овқатлар сақлаш;

-қон ва бошқа хавфли суюқликларни оғиз орқали пипеткалаш;

-ифлосланган бўлиши мумкин бўлган ойна синиқларини кўл билан йиғиштириш, ушлаш;

-ишлатилган игна ва бошқа ифлосланган ўткир асбобларни эгиш, ғилофлаш, синдириш, олиш.

-ишлатилган игналар учун контейнерларни очиш ва ундан бирор нарсени кўл билан олиш, қуйиш, бушатиш ва кўп марта ишлатиладиган контейнерларни кўл билан ювиш.

Чиқиндиларни йўқ қилиш.

Чиқиндиларни хавфсиз йўқотишни йўлга қуйиш.

Қон ва бошқа биологик суюқликлар, ажралмалар билан ифлосланган чиқиндиларга хавфли тиббий чиқиндилар сифатида белгиланган тартибдаги меъёрларга мувофиқ ишлов берилади.

Инсон тўқималари, биологик материал билан ишлаганда ҳосил бўладиган лаборатория чиқиндилари ҳам хавфли тиббий чиқинди сифатида зарарсизлантирилади.

Бир марталик асбоблар белгиланган тартибга мувофиқ тўғри йўқ қилиниши керак.

Тиббий жихозлар.

Қон ва бошқа суюқликлар билан ифлосланган жихозлар билан ишлаганда тери, шиллиқ қаватлар билан мулоқотда бўлишига, уст – бошларни ифлосланиши ва беморларга ёки атроф муҳитга кўзгатувчи тушишига йўл қўймаслик керак. Кўп марталик асбоблар қайта ишлатилганида тегишли тарзда ювилиши ва дезинфекция қилиниши, стерилизациядан ўтказилиши шарт.

Стоматологик асбоблар ва жихозлар билан муолажа ўтказилишидаги эҳтиёт чоралари.

Жаррохлик асбоблари, тиш тошини оладиган пойнаклар, тигли скалпеллар, жаррохлик борлари, стоматологик ойналар, амалгамли пломбалар учун штопферлар, кўп марта ишлатиладиган колип, қошиқлар, бор машина учун пойнаклар одатий термик стерилизация қилинади.

Иссик хароратга чидамсиз асбоб ва жихозларга кучли таъсир этувчи дезинфекцияловчи моддалар билан ишлов берилади.

Ирригатор-аспиратор билан уланиб, пациент оғзига киритиладиган тузилмалар ишлатиб бўлинганидан кейин 20-30 сония ишчи ҳолатида қолдирилади, токи тизимга тушиб қолган биологик материал хаво ёки сув окимида чиқариб ташланиши учун.

Имкони борича оғиз бўшлиғидаги суюкликлар тушишидан ҳимоя қилинган стоматологик асбоб – ускуналардан фойдаланиш керак.

Ирригатор – аспираторнинг ечилмайдиган қисмлари (масалан, сўлак тортиб олувчи мослама, хаволи тозалагич ва сув - хаволи пистолет) сув ўтказмайдиган салфеткалар билан ёпилиб, ҳар ишлатилганидан сўнг алмаштирилади.

Биологик суюкликлар сачраши ва пуркалиши рўй берганда биринчи ёрдам бериш учун зарур бўлган барча нарсалар қўл остида шай туриши керак, бундай ҳолатларда қандай ҳаракат қилишни барча ходимлар билиши шарт.

Чиқиндиларни йўқотиш учун контейнерлар ва йўқотишга оид тавсиянома доим бўлиши шарт.

ОИВ инфекция билан касалланган беморлар иммунопрофилактикаси тадбирлари

Эмлаш кўплаб халқаро кўрсатмаларда ОИВ инфекциясига қарши кураш бўйича чоралар тўпламининг муҳим таркибий қисмидир ва ОИВ инфекцияли шахслар тиббий ёрдамнинг барча босқичларида эмлаш мезонларига мувофиқлиги учун баҳоланади.

РҚТ олаётган ва катта иммуносупрессияга эга бўлмаган, айниқса, СД4 ҳужайралар даражаси 200 хуж/ мкл дан юқори бўлган ОИВ инфекцияли беморларга вакциналар янада ҳам хавфсизроқ ва самаралироқ таъсир кўрсатади. Оғир иммуносупрессияли шахсларга жонли аттенуирланган вакциналар қўлланилганда асоратларнинг ривожланиш хавфи юқори бўлади. Фаолсизлантирилган вакциналардан фойдаланиш хавфсиздир, аммо бу гуруҳда камроқ самарали бўлиши мумкин ва қўшимча дозаларни юбориш ёки РҚТ билан иммунитетни тиклашдан кейин қайта вакцинация ўтказишни талаб қилиши мумкин. Бундан ташқари, бир нечта вакцина қўллашдан кейин плазмадаги ОИВ РНКнинг вирус юкламасининг транзитор ошиши ҳақида маълумотлар бор. Мавжуд далиллар ушбу транзитор ўсиш клиник жиҳатдан аҳамиятли эмаслигини кўрсатади.

ОИВ-инфекциясига чалинган чақалоқлар (ОИВ инфекцияли оналардан туғилганлар), ОИВ инфекцияли болалар ва ўсмирлар тавсия этилган миллий

эмлаш дастурлари бўйича мунтазам равишда барча вакциналарни олишлари керак. ОИВ инфекцияли катталар кўпинча грипп, гепатит В, пневмококк инфекцияси ва коқшол каби айрим касалликларга қарши эмланади. Бошқа эмлаш турларини ёши, хавф омиллари ёки режалаштирилган сафарларни ҳисобга олган ҳолда тавсия этиш мумкин.

ОИВ лар иммунизациясининг умумий тамойиллари

ОИВ инфекцияси иммунитет изимининг жадал емирилишига олиб боради, шунинг учун, ОИВ инфекцияли шахсларда айрим вакциналар жиддий ноҳўя таъсирлар ривожланишига олиб келиши мумкинлиги ўзига яраша эътиборни талаб қилади.

Ўлдирилган (фаолсизлантилган) вакциналар иммуносупрессияли шахслар учун хавфсиздир, шунинг учун уларни ОИВ инфекцияли шахсларга ОИВ билан касалланмаган одамларга каби қўллаш мумкин.

Жонли вирусли ёки бактериал вакциналар (БЦЖ, ОПВ, терламага қарши вакцина, ҳамда сувчечак /ўраб олувчи темирлатки ва сарик безгакка қарши вакциналар) ОИВ инфекцияли беморлар учун хавфли бўлиши мумкин, шунинг учун ОИВ инфекциясининг босқичи ва иммунитет танқислик ҳолати даражасини, уларнинг фойда ва зарарини таққослаган ҳолда буюриш лозим.

ОИВ инфекцияси зўрайиб борган сари, жонлига ҳам, фаолсизлантилган вакциналарга ҳам жавоб пасайиб боради. Бироқ, ОИВ инфекцияли беморларнинг юқорироқ дозали вакциналарга реакцияси ва пост вакцинал антитаналар персистенцияси тизимли ўрганилган эмас. ОИВ инфекцияли шахсларга вакциналарни юқори дозада қўллаш ва тез-тез қайта вакцинация қилиш эҳтимолини кўриб чиқиш мумкин бўлсада, бу ҳақида аниқ тавсиялар мавжуд эмас.

Муайян вакциналар ва иммуноглобулинлар хавфсизлигини ва самардорлигини баҳолашда у ёки бу инфекциянинг эпидемиологиясини ва бемордаги иммуносупрессиянинг оғирлигини ҳисобга олиш зарур. Иммуносупрессиянинг оғирлик даражасини клиник босқичлар таснифи асосида, ва / ёки СД4 лимфоцитларнинг ёшига доир сони ва фоизини ҳисобга олган ҳолда шифокор аниқлайди.

Жонли аттенуирланган вакциналар

БЦЖ вакцинаси

БЦЖ вакцинаси 2 ёшдан кичик болаларни тарқалган ва оғир сил шаклларида, масалан сил менингитидан ёки миллиар силдан ҳимоялайди. БЦЖ катталарни ўпка сили билан касалланишига кам таъсир қилади ёки умуман таъсир қилмайди.

ОИВ инфекцияли хомиладан туғилган ва ОИВ ни онадан болага юқишига (хомиладорлик даврида, туғиш пайтида ва неонатал даврда) қарши уч босқичли химиофилактикани ўтган болалар иммунизацияси туғруқхонада силга қарши профилактика учун вакциналар билан ўтказилади (авайловчи бирламчи иммунизация учун). ОИВ инфекцияли болаларда, шунингдек, болаларда молекуляр йўллар билан нуклеин кислоталар аниқланганда силга қарши эмлаш

амалга оширилмайди.

ОИВ инфекциясининг клиник босқичидан ва иммун танқислик даражасидан қатъий назар БЦЖ вакцинациясини ОИВ инфекцияли болалар, ўсмирлар ва катталарга ўтказиш тавсия этилмайди, чунки бу ўпка сили билан касалланишга кам таъсир қилади ёки умуман таъсир қилмайди.

Қизамик, эндемик паротит ва қизилчага қарши вакциналар
(қизамик+эпидемикпаротит+қизилча, қизамик+қизилча, қизамикқа қарши вакцина, қизилчага қарши вакцина)

КПК га қарши вакцина ва ўз ичига қизамикқа қарши вакцинани олган бошқа мажмуавий вакциналарни ОИВ инфекцияли болалар ва оғир иммуно супрессияси бўлган катталарга қўллаш ман этилган.

КПК га қарши вакцина ва таркибда қизамикқа қарши вакцинаси бўлган бошқа мажмуавий вакциналар аломатсиз ва энгил иммуносупрессия кўзатишган ОИВ инфекцияли шахсларга қўлланилади.

Қизамикқа қарши эмлаш, қизамикқа қарши иммунитетни бўлмаган, лекин иммуносупрессияли (жумладан ОБЯ лар) шахслар билан яқиндан мулоқатда бўлувчи соғлом одамларга тавсия этилади.

Орал полиомиелит вакцинаси (ОПВ)

ОИВ инфекцияли болаларда ОПВ асаб тизимининг жиддий, зўрайиб борувчи зарарланишига (поствакцинал полиомиелитнинг паралитик формаси) олиб келиши мумкин. Шу муносабат билан, барча ОИВ инфекцияли болаларга, ОИВ инфекцияси аломатларининг мавжудлиги ёки йўқлигидан қатъий назар, фаолсизлантирилган полиомиелит вакцинаси (ФПВ) тавсия этилади.

ОПВ си билан эмланган шахслар бир ой давомида атроф мухитта вирусни чиқаришлари мумкин, шунинг учун улар билан ОИВ инфекцияли шахслар орасидаги алоқани чеклаш керак. Агар бирон бир оила аъзоси ёки ОБЯ билан (олдинги иммунизацион ҳолатидан қатъий назар) яқин алоқада бўлган одамлар беихтиёр жонли ОПВ билан эмланган бўлса, 1 ой давомида улар ОИВ-инфекцияли шахслар билан ўзаро яқин алоқада бўлишдан ўзларини тийишлари керак (вирус вакцина штаммининг энг фаол ажралиш даври).

Ротавирусли вакцина

Вакцинанинг бундай болалар учун хавфсизлиги ва иммуногенлиги ҳақида илмий исботлар олинганга қадар, Ротавирусли вакцинани ОИВ-инфекцияли (иммунтанқислик даражасидан қатъий назар) болаларга қўллаш мумкин эмас.

Сувчечак/ўраб олувчи темирлатки вирусига қарши вакцина
(варицелла-зостервируси)

Иммун танқислик ҳолати оғирлиги даражасидан қатъий назар ВЗВ га қарши вакцинани ОИВ-инфекцияли катталарга ва ўртача-оғир ва оғир иммуносупрессияли ОИВ инфекцияли болаларга қўллаш тавсия этилмайди.

ОИВ инфекцияси аломатлари бўлмаган ёки ОИВнинг энгил аломатлари бўлган, СД4 лимфоцитлар сони умумий лимфоцитлар сонидан >25% ташкил қилган ОИВ инфекцияли болаларга биринчи вакцина дозаси 12-15 ойлик ёки ундан катта ёшда, иккинчи эмлаш эса биринчи доза олингандан сўнг 4-8 ҳафта

ўтгандан кейин қилинади. Тарқалиб кетиши хавфи сабабли ВЗВ вакцинаси СД4 лимфоцитлар сони умумий лимфоцитлар сонидан <25% ни ташкил этган ОИВ инфекцияли болаларга қарши кўрсатмага эга.

ВЗВ га қарши эмлаш ОИВ инфекцияли шахсининг сувчечак ва ўраб олувчи темирткига қарши иммунитетни бўлмаган оила аъзоларига, ВЗВ ОИВ инфекцияли шахсга юкмаслиги учун, керак ва муҳимдир.

Ўлдирилган ёки фаолсизлантирилган вакциналар

Ўлдирилган ёки фаолсизлантирилган вакциналар иммуносупрессияли беморларга хавф туғдирмайди, шунинг учун уларни ОБЯ ларга, ҳамда ОИВ инфекцияси йўқ шахсларга ҳам тайинлаш мумкин. Кўпинча иммуносупрессияли одамларда фаолсизлантирилган вакциналар антигенларига нисбатан иммун жавоби, нормал иммунитетли одамларга қараганда ёмонроқ бўлади. Шу сабабли, иммун танқислик ҳолатида каттарок дозадаги вакциналар ёки уларни тез-тез қабул қилиниши талаб этилиши мумкин, хаттоки ушбу чоралар поствакцинал иммунитет кучини таъминлай олмасалар ҳам.

Дифтерия, кўк йўтал ва коқшолга қарши вакциналар (АКДС, хужайрасиз АКДС, болалар ва катталар учун АДС, СА)

Иммун танқислик даражасидан қатъий назар, ОИВ-инфекцияли болаларда АКДС (ва болалар учун АДС), ҳамда хужайрасиз АКДС (қайта эмлаш ёки эмлашнинг биринчи серияси учун) билан эмлаш, худди ОИВ инфекциясиз болалардаги каби жадвал бўйича ва дозаларда ўтказилади.

Имуносупрессия даражасидан қатъий назар, ОИВ-инфекцияли катталарга, АДС ва СА тайинланади. Эмлаш худди ОИВ инфекциясиз катталарга ўтказилгани каби тайинланади.

В турдаги Haemophilus influenzae га қарши вакцина

Олдин Hib га қарши эмланмаган ОИВ-инфекцияли 2 ёшдан катта беморларда ушбу кўзгатувчи келтириб чиқарган тизимли инфекциянинг хавфи юқоридир, шунинг учун улар ҳеч бўлмаганда 1 доза вакцинани олишлари керак.

Иммун танқислиги бор болалар, соғлом болаларга қўлланадиган вакцина дозалари билан ва бир хил календар бўйича эмланади.

Гепатит А га қарши вакцина

Гепатит А га қарши эмлаш (бир доза ва қайта 6-12 ойдан сунг) ОИВ инфекцияси ва иммунтанқислик ҳолати мавжудлигидан қатъий назар, ВГА инфекцияси хавфи ва унинг соротлари юқори бўлган шахсларга тавсия этилади. Улар қаторига қуйидагилар қиради:

- Сурункали жигар касалликлари бўлган беморлар;
- Эркаклар билан жинсий алоқада булувчи эркаклар (ЭБЭ);
- Гиёҳванд моддалар истеъмол қилувчилар;
- Қон ивиши муаммолари бўлган шахслар;
- Гепатит А ни юқтириш хавфи билан боғлиқ касб вакиллари (лаборатория ходимлари);
- Ушбу инфекция тарқалганлик даражаси ўртача ёки юқори бўлган мамлакатларга сафарга кетаётган, гепатит А бўйича ноэндемик мамлакатлардаги ёши >1 бўлган шахслар.

Гепатита В га қарши вакцина

Гепатит В га қарши эмлаш ОИВ инфекцияси ва иммун тизим ҳолатидан қатъий назар, ушбу инфекцияни юктириш хавфи юқори бўлган барча янги туғилган чакалоқларга, 18 ёшгача бўлган болалар ва ўсмирларга, катталарга ўтказилади.

ОИВ ларга тавсия қилинган гепатит В га қарши эмлашнинг схемаси

Эмлаш гепатит В (HBsAg)нинг серологик маркерлари бўлмаган барча ОИВ инфекцияли шахсларга тавсия этилади.

- Агар СД4 лимфоцитлар сони >500/мкл бўлса, эмлаш стандарт дозадан (20 мкг, 0-, 1-, 2- ва 12-ой ёки 0-, 1- ва 6-ой) бошланади.
- Болалар учун вакцина дозаси 10 мкг ни ташкил этади.
- Агар СД4 лимфоцитлар сони 200-500/мкл орасида бўлса, эмлаш жадал схема бўйича ўтказилади (20 мкг, 0-, 1-, 2- ва 12-ой) (34).
- 1-курс эмлашга жавоб бермайдиган беморларга, қўшимча вакцина дозалари қилинади ёки 40 мкг дозани қўллаган ҳолда эмлашнинг тўлиқ курси ўтказилади.
- Агар СД4 лимфоцитлар сони <200/мкл бўлса ва ОБЯ РКТ олмаётган бўлса, оддин РКТ бошланади. Эмлаш иммун тизим тикланишининг муҳим клиник кўриниши намоеън бўлмагунча бошқа вақтга қолдирилади. СД4 лимфоцитлар сонининг >200/мкл бўлиши мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

ОИВ ларни гепатит В га қарши эмланганидан кейин назорат қилиш бўйича тавсиялар

- HBsAg га антитаналар титри эмлаш ўтказилгандан сўнг 4 ҳафтадан кейин аниқланади. Агар титр <10 мМЕ/мл бўлса, 1-3 қўшимча дозада бустерли эмлаш (қайта эмлаш) буюрилади. Бирок вакцинанинг юқори дозалари иммуногенлиги номаълумдир, шунинг учун ушбу масала бўйича аниқ тавсиялар бериш ҳали мумкин эмас.
- Агар эмлашдан сўнг сероконверсия вужудга келмаса ва гепатит В нинг хавфи сақланиб қолса, ҳар йили гепатит В нинг серологик маркерлари аниқланади (HBsAg ва HbcAg га антитаналар).
- Агар 6 доза вакцина киритилгандан кейин HBsAg га антитаналар мавжуд бўлмаса, у ҳолда HBsAg мавжудлигига тест ўтказиш керак.
- Агар эмлаш самарасиз бўлса ва HBsAg зардобда топилмаса, у ҳолда ОИВ инфекцияли шахс ВГВ ни юктиришга мойил деб ҳисобланади. Бу ҳолатда, юктиришни олдини олиш мақсадида маслаҳат ўтказилади ва HBsAg-инфекцияланган қон билан ҳар қандай мумкин бўлган алоқадан (парентерал ёки жинсий) сўнг профилактик мақсадда иммуноглобулинни киритиш кераклиги таъкидланади.

Гриппга қарши вакцина

Иммунтанқислиги фондаги грипп оғир кечishi билан характерланади ва оғир асоратлар хавфи билан боғлиқ. Қўпчилик иммунтанқислиги бор беморларда эмлаш ҳимояловчи антитаналарни етарли даражасини таъминлаши мумкин. Тирик гриппга қарши вакцина ОБЯ ларга мумкин эмаслиги сабабли, улар учун фаолсизлантирилган гриппга қарши вакцинани қўллаш лозим.

Гриппга қарши эмлашни барча ОИВ-инфекцияли одамларга хар йили, инфекциянинг мавсумий эпидемиясидан аввал қилиш зарур.

ОИВ инфекциянинг кеч босқичларида гриппга қарши вакцинани киритилишига жавоб анантитаналар даражаси паст бўлиши мумкин.

Менингококкли вакцина

Муайян ҳудудда кенг тарқалган менингококларнинг серотипларига қарши вакциналардан фойдаланиш керак. А, В ва С серогуруҳ менингококлари барча ҳудудларда мавжуд.

Менингококнинг тегишли серотипларини ўз ичига олган менингокок вакцинаси билан эмлаш, менингокок инфекцияси учун эндемик бўлган мамлакатларга сафарга кетаётган барча шахсларга, уларнинг ОИВ ҳолатидан қатъий назар, шунингдек, хавfli гуруҳга кирувчи шахслар, хусусан, комплемент тизимининг якуний компонентлари етишмовчилиги бўлган ва анатомик ёки функционал аспленияси бўлган беморларга тавсия этилади.

Пневмококк вакцинаси

Икки турдаги пневмококк вакцинаси ишлаб чиқарилади: полисахаридли пневмококк вакцинаси (ППВ) ва конъюгирланган пневмококк вакцинаси (КПВ).

- гўдақлар одатда 2, 3 ва 12 ойлигида эмланади.
- 7-11 ойлик эмлашни олмаган болаларга 6-8 ҳафта оралиғи билан 2 доза, кейин 12-15 ойлигида 3чи доза КПВни бериш керак.
- 12-23 ойлик эмланмаган болалар 6-8 ҳафта оралиғи билан 2 доза КПВ олишлари керак.
- вакцинани 24-59 ойлик ёшгача қабул қилмаганлар 1 доза КПВ олишлари керак.

• ОИВ инфекцияли, ўроксимон ҳужайрали анемия, аспления, сурункали касалликлар ёки бирон-бир этиологияли иммунтанкислиги бўлган 24-59 ойлик болалар 6-8 ҳафта оралиғи билан 2 доза КПВ вакцинани қабул қилишлари керак. Бустер таъсирини ошириш учун, охириги КПВ дозасидан 6-8 ҳафта ўтгач, 1 та 1111В дозаси қўлланилади.

• 5 ёшдан катта болаларда ОИВ- статусидан қатъий назар, режали равишда КПВ тавсия этилмайди.

• Ёшига доир КПВнинг бирламчи сериясидан кейин қайта эмлаш ҳозирда тавсия этилмайди.

• 2 ва ундан катта ёшда КПВ билан бирламчи эмлашни олган болалар, шунингдек охириги марта КПВнинг дозасини олгандан 6-8 ҳафта ўтгач, 1 доза ППВни олишлари керак.

Фаолсизлантирилган полиомиелит вакцинаси (ФПВ)

Полиомиелитга қарши эмлашга кўрсатма бўлса, полиомиелит вируси вакцина штаммини ва / ёки унинг ҳосилаларини юқишини олдини олиш учун, ФПВни қуйидаги шахслар гуруҳида қўллаш керак:

- Иммунитет даражасидан қатъий назар, ОИВ билан касалланган чақалоқлар ва болалар;
- оила аъзолари ва яқин атрофдаги бошқа шахслар;

- ОБЯни парвариш килувчи ходимлар;
- ОИВ инфекцияли катталарга, полиомиелитга қарши эмланмаган бўлса, ушбу инфекция юқишининг хавфи юкори бўлганда бирламчи ФПВ серияси билан эмлаш тавсия этилади (масалан, полиомиелитли-эндемик мамлакатларга саёхат қилганда).

Қутуришга қарши вакцинация

Қутуриш билан касалланиш хавфи юкори бўлган тақдирда, иложи борича мулоқат қилишдан олдин профилактика қилиш тавсия этилади. Бунинг учун хужайралар културасидан олинган замонавий антирабик вакцинадан фойдаланиш мумкин. Мулоқатдан олдинги профилактика қуйидаги шахсларга тавсия этилади:

- лаборатория ходимлари;
- ветеринария ходимлари;
- хайвонлар билан тез-тез мулоқатда бўладиган бошқа касб эгалари;
- потенциал зарарланган хайвонлар билан тез-тез алоқада бўлувчи ўрмончилар;
- Касалликнинг энзоотик ўчоқларига борувчи ва касал хайвонлар билан мулоқатда бўлиши мумкин бўлган шахслар.

Антирабик вакцина

- Антирабик вакциналар қутуришнинг мулоқатдан кейинги профилактикаси учун ҳам, мулоқатдан олдин касалликни олдини олиш учун ҳам қўлланилади. Антирабик вакциналар ОИВ инфекцияли шахсларга қарши кўрсатилмаган ва улар одатдаги кўрсатмалар бўйича тайинланади (карант: 3-илова).
- Агар иммунтанқислиги бўлган ОИВ инфекцияли шахсга, юз берган мулоқатдан сўнг қутуришни олдини олиш учун кўрсатма бўлса, мушак ичига антирабик вакцина ва антирабик иммуноглобулин юборилиб, ундан кейин антитаначалар титри аниқланади.
- Агар 4 хафта давомида қўлланган 4-5 вакцина дозаларидан кейин, антитаначалар титри $>0,5$ МЕ / мл даражасидан пастроқ бўлса, антирабик вакцинанинг қўшимча дозалари киритилади, чунки қутуриш вирусига қарши антитаначаларнинг ҳимояловчи титри >5 МЕ / мл бўлиши керак.

Имуноглобулинлардан фойдаланиш Гепатита В (FBIg) га қарши имуноглобулин

Мулоқатдан кейинги профилактика учун FBIg дан фойдаланиб вакцинчалик иммунитетнинг шаклланишига эришиш мумкин. FBIg пассив иммунизация учун ишлатилади.

ОБЯ лар FBIg ни нормал иммунитетли шахслар каби, ўша кўрсатмалар ва дозалар бўйича қабул қилишлари керак.

Қоидага асосан, FBIg гепатит В га қарши вакцинага қўшимча сифатида қўлланилиши керак. Барча FBIg қўлланилиши кўрсатилган шахслар юкори хавфли гуруҳга мансуб ҳисобланиб, бир пайтнинг узида Гепатит В га қарши вакцина ёрдамида эмлаш курсини олишга номзод бўлиб ҳисобланишлари керак.

гаIg ни қўллашқуйидагитоифадагибеморларгакўрсатилган:

- ВГВ ли ёки HBsAg-холатлари номаълум онадан вақтидан олдин туғилган болалар; бундай болаларга гепатит В ни олдини олиш учун вакцина тайинланади ва улар дархол ёки туғилгандан сўнг қисқа вақтдан кейин ТВІg ни олишлари мумкин.

- ВГВ ли онадан янги туғилган чақалоқлар (ТВІg инъекциясини туғилгандан кейин 12 соат мобайнида қилиш афзал, бироқ вакцина киритилган жойга эмас). ТВІg ни эмлаш, гепатит В га қарши эмлаш орқали эришилган (туғилгандан сунг 24 соат ичида) перинатал инфекция химоя даражасини бироз оширади.

- Гепатит В га қарши вакцина киритилгандан сўнг сероконверсия мавжуд бўлмаган, HBsAg натижаси салбий шахсларга. Бу беморларга гепатит В профилактикаси бўйича маслаҳат ва HBsAg-ижобий натижалли кон билан парентерал мулоқатда бўлиш эҳтимоли бўлганда пассив эмлашни (ГО ни киритиш) амалга ошириш керак.

- Ўткир гепатит В билан касалланган беморларнинг инфекцияга мойил жинсий шериклари (иммуноглобулин сўнгги жинсий алоқадан кейин 14 кун давомида қўлланилади).

- Вакцина олмаган гудакларга, агар уларнинг оналари ёки бирламчи ёрдам ва паваришни амалга ошираётган шахсларда ўткир гепатит В ташхиси аниқланган бўлса (бундай ҳолларда ТВІg билан бирга гепатит В га қарши вакцинанинг 1 дозаси киритилади).

- Ўткир гепатит В билан касалланган бемор оила аъзоларига ва гепатит В билан касалланган одамнинг қони билан мулоқат қилиши мумкин бўлган шахсларга (масалан, умумий тиш чўткасидан ёки соқол олиш бритвасидан фойдаланишда) Бундай холатларда, гаig билан бирга гепатит В га қарши вакцинанинг биринчи дозаси берилади.

Анти рабикинсон иммуноглобулини (AP4Ig)

ОБЯ лар AP ни худди иммун тизими мейъерда бўлган шахслар кабибир хил кўрсатмалар ва дозалар бўйича қабул қиладилар.

AP бир ёки бир неча тишлашларда, ёки тирнашлар натижасида тери шикастланишида, ҳамда сўлак шиллиқ қаватларга тушганда қўлланилади. У антирабик вакцина 1 чи дозаси билан бир пайтда киритилади.

Илгари эмланган, қонларида нейтраллаштирувчи антитаначалар титри 0,5 МЕ/мл дан кам бўлмаган шахсларда AP ни қўллаш талаб этилмайди. Бундай холатда, тўқима културалари асосидаги замонавий антирабик вакциналардан бирини 2 дозасини мушак ичига 3 суткали оралиқ билан қўллаш етарли бўлади.

Агар мулоқатдан кейинги профилактика иммуносупрессия аломатлари бор ОБЯ га ўтказилса, AP ни антирабик вакцинанинг 1чи дозаси билан бирга қўллаш шарт.

Бундан ташқари, эмлашдан кейинги антитаначалар титрини аниқлаш керак.

ОИВ билан боғлиқ иммун танқислиги мавжуд беморларни иммунизация қилиш бўйича

ОИВ инфекцияли беморларни диспансеризацияси

ОИВ ни самарали даволаш, уларнинг ҳаёти давомийлигини ошириш ва ҳаёт сифатини сақлаб қолишнинг асосий шарти беморларнинг психологик-ижтимоий мослашуви ва ушбу касалликга хос бўлган ҳаёт учун хавфли организм зарарланишларининг ривожланишига тўсқинлик қиладиган терапияни ўз вақтида бошлашдир. Асосий вазифалар бу- беморларни тиббий –рухий қўллаб – қувватлаш ва РҚТ ни ўз вақтида бошлашдир.

ОИТС га қарши курашиш маркази шифокорнинг методик раҳбарлиги остида юқумли касалликлар хоналари (ЮКХ) шифокорлари, ДПМ ларнинг умумий амалиёт шифокорлари томонидан ОИВ устидан диспансер кўзатуви олиб борилади. Беморни касалхонага ётқизиш учун йўналтирилганда беморнинг амбулатор картасидан кўчирма ва йўлланма бланкаси № 1 ва 2 иловаларга биноан тўлдирилади.

Даволовчи шифокор маслаҳат берганда, анамнез йиғиш ва жисмоний текширувдан ташқари, айрим масалаларга алоҳида эътибор қаратиши керак.

Бирламчи текширувда йиғилиши керак бўлган анамнез

ОИВ тести натижалари:

- Ижобий натижали ОИВ тестининг биринчи санаси
- Тест ўтказишнинг сабаби
- Охирги салбий натижали ОИВ тестининг санаси

ОИВ инфекциясини юқтириш хавфи ва юқтириш йўллари:

- Инъекцияли гиёҳванд моддаларни истеъмоли
- жинсий алоқалар
- қон ёки қон маҳсулотларини қуйилиши; орган ва тўқималар

трансплантацияси

- Онадан болага инфекцияни ўтиши
- Иш жойидаги мулоқот орқали
 - Жинсий шерикларнинг ОИВ статуси
 - Жинсий шерикларда мавжуд хавф омиллари

ОИВ-инфекцияли шахсни даволаш ва уни парвариш қилиш тарихи

• аввалги даволаниш вақти ва жойи, шу жумладан даволанишдаги танаффуслар

- РҚТ схемалари
- Ножуя таъсирлари
- Даволаш тартибига риоя қилиши
- Хронологик тартибда лаборатория маълумотлари – CD лимфоцитлар сони, ВН, электролитлар, жигар ва буйракнинг биокимёвий кўрсаткичлари, умумий қон таҳлили

- Дориларга чидамлилиги қайд этилган тадқиқот натижалари

ОИВ инфекцияси натижасида юзага келадиган касаллик ва ҳолатлар, ҳамда **ОИВ** инфекциясининг клиник босқичи

- сил (ТБ)
- нафас йўллари инфекциялари
- бошқа вирусли, бактериал ва замбуруғли инфекциялар
- С ва В гепатитлари
- Ўсмалар
- Бошқа касалликлар

Бош қакасалликлар ва ҳолатлар

- Касалхонада даволанишлар
- Жаррохлик операциялари
- Рухий касалликлар (депрессия ва бошқалар)
- Жигар ва буйрак касалликлари
- Эндокрин касалликлар
- Жинсий йўл билан юқувчи инфекциялар (ЖИБҮОИ)
- эмлаш
- аллергия касалликлар
- тана тузилишининг ўзгаришлари
- ҳозирги пайтда қабул қилинаётган дори воситалари

Оилавий анамнез (қандли диабет, артериал гипертония, тери касалликлари, онкологик касалликлар ва бошқалар)

Юрак қон томир касалликлари ва хавф омиллари (чекиш, алкоголизм, гиёҳвандлик, семизлик, артериал гипертония ва бошқалар)

Бирламчи текширувда йиғилиши керак бўлган анамнез

Сил касалли беморлар билан алоқада бўлиш (бемор ёки оила аъзоларида) иситма, йўтал тана вазнини йўқотиш, тунги терлаш каби клиник аломатларни мавжудлиги ҳозирги пайтда қабул қилинаётган дори воситалар

Психоактив моддаларни қабул қилиш

- ноқонуний гиёҳванд моддалар (аввал ва ҳозирги пайтда)
- алкоголь
- репродуктив саломатлик
- контрацепция усуллари (аёлларда)
- хомиладорлик ҳақида маълумот (аввал, ҳозир, режалаштирилаётган)
- ижтимоий анамнез
- оила аъзолари (ҳамроҳи, эри/рафикаси, болалари, бошқа оила аъзолари)
- меҳнат фаолияти ва касби
- ижтимоий қўллаб - қувватлаш (ижтимоий ва тиббий суғурта, ижтимоий ташкилотлар ва беморнинг ОИВ - статусидан хабардор яқин одамлари тарафидан қўллаб- қувватланиши ва бошқалар).

Бирламчи объектив текширув

Умумий ҳолат:

- бўйи ва вазни
- тана тузилиши (липодистрофия)
- Карновский ва бошқа стандарт шкалаларга биноан жисмоний ҳолати

Асосий физиологик кўрсаткичлар:

- Артериал босим
- Тана харорати
- Пульс
- Нафас олиш частотаси
- Лимфа тугунлари

Тери (бутун тана):

- шу жумладан:
- фаол ва бошдан кечирилган ўраб олувчи темиратки аломатлари
- жигар касалликлари аломатлари
- Капоши саркомаси
- себореяли дерматит

• инъекцион гиёҳванд моддаларни қабул килувчилар (ОГМКК) да инъекция изларини аниклаш

Оғиз томоқ бўшлиғи:

- Оғиз бўшлиғи ва тишлар ҳолати
- кандидозли стоматит;
оғиз бўшлиғининг тукли лейкоплакияси;
бирламчи сифилис аломатлари

Кўкрак қафаси ва ўпкалар:

- нафасолиш, йўтал, хансираш
- кўкрак қафасишакли
- ўпка эмфиземаси ривожланиш хавфини назорат қилиш

Сут безлари – сут безлари саратони ривожланиш хавфини аниклаш мақсадида текширув ўтказиш (аёлларда ва эркакларда)

Юрак — юрак қон томири тизими муаммолари келиб чиқиш хавфи ва эндокардит юзага келиш хавфи юқори бўлган беморлар ҳолатини баҳолаш.

Қорин ва ошқозон ичак тракти (ОИТ) — сурункали гепатит, спиртли ичимликлар ичиш натижасида жигарнинг зарарланиши ёки жигар циррози мавжуд беморларда, РҚП ларнинг ноҳужа таъсирларини баҳолаш учун бирламчи маълумотлар

- жигар ва талокнинг ўлчамлари, тузилиши ва консистенцияси
- ичак перистальтикаси
- оғрикларнинг мавжудлиги
- қорин олдинги девори мушакларининг таранглиги
- Қўнғил айниш, қусиш, дисфагия
- Жинсий органлар ва перинатал соҳа:
- аломатлар:

герпетик инфекциялар цитомегаловирус (ЦМВ) инфекциялари захм, одам папилломаси вируси (ОПВ) келтириб чиқарувчи инфекциялар (ўтқир учли қондилломалар, анал карциномалар), эректиль дисфункциялар.

Оёқлар (юриш усули, буғимлар ҳаракати ҳажми, липодистрофия) – РҚТ нинг ноҳужа таъсирларини баҳолаш учун дастлабки маълумотлар

Неврологик ҳолат (шу жумладан нейропатия аломатлари)

Рухий ҳолат: кайфиятнинг бузилганлиги (тушкунлик, апатия, бепарволик, чарчаш, асабийлашиш ҳолатларига шикоят), уз жонига суикасд, тугма расмдаги хаёллар ва ҳоказо.

Лаборатория текширувлари

Мажбурий текширувлар:

- Рентгенография ёки кукрак қафаси органларининг КТ, ЭКГ;
- Қонда CD4+- лимфоцитларнинг мутлоқ сони ва фоизини аниқлаш;
- Вирус кўпайиш фаоллигини баҳолаш учун ПЗР усули билан вирус юкламасини аниқлаш;
- Кенгайтирилган умумий қон таҳлили
- Жиган фаолиятининг биёкимёвий курсаткичлари (АлАТ, АсАТ, ишқорий фосфатаза, билирубин, креатинин, қон мочевиnasi азоти)
- Буйраклар фаолияти (пешобнинг умумий таҳлили,)
- Гепатит В ва С учун серологик текширув (*Қурсатмага биноан*):
- Захмга серологик текширув.
- Гонорея ва *Chlamydia trachomatis* га суртма олиш (курсатмага асосан қин, жинсий аъзо ва анусдан)
- Оч коринга қондаги қанд миқдори
- холестерин [юкори зичликдаги липопротеинлар (ЮЗЛП), жуда паст зичликдаги липопротеинлар (ЖПЗЛП)]
- триглицеридлар
- липаза
- лактат дегидрогеназа (лимфомалардаги хужайралар фаоллиги маркери, ҳамда ўпка инфекциялари, миокард инфаркти, мушаклар зарарланиши ва бошқалар.)

тиреотроп гормон (ТТГ)

- криптококкоз аломатлари ва CD4 курсаткичи <100/мкл бўлган беморларда криптококк антигени титрини аниқлаш
- CD4 <100/мкл кўрсаткичи бўлган беморларда ЦМВ-антигенини (IgM) аниқлаш.

Агар ушбу текширувлардан биронтаси охириги 3 ой ичида утказилиб, натижаси мейёр даражасида бўлса, у ҳолда текширувни қайта утказмаслик мумкин.

Бошқа текширувлар ва тор доирадаги мутахассисларнинг маслаҳатлари

- Бачадон бўйнидан олинган суртманинг цитологик текшируви;
- Кўрсатмаларга асосан қорин бўшлиғи, кичик чаноқ аъзолари, буйрак ва бошқаларни УТТ (МРТ, МСКТ) ўтказиш.
- офтальмолог кўригидан ўтиш (лимфоцитлар сони CD4 <100/мкл бўлса ЦМВ-ретинитни аниқлаш учун хар 6 ойда қайта кўриқдан ўтиш тавсия этилади)
- гинеколог кўриги, жумладан хар 6 ойда бачадон бўйнидан олинган суртмани цитологик текшируви (Пап-мазок), (ОПВ билан боғлиқ бачадон бўйни саратонини аниқлаш учун)
- лозим бўлганда, бошқа тор доирадаги мутахассислар текширувидан ўтиш

Агар ушбу текширувлардан биронтаси охирги 3 ой ичида ўтказилиб, натижаси мейёр даражасида бўлса, у ҳолда текширувни қайта ўтказмаслик мумкин.

Лаборатор, инструментал текширувлар натижалари ва тор доирадаги мутахассислар маслаҳатларидан сўнг, бемор қайта врач - инфекционист кабулига киритилади.

Қайта кабулнинг мақсади дастлабки кабулда олинган маълумотлар, лаборатор ва инструментал текширувлар натижаларига асосан касалликнинг босқичи ва даври, беморни кейинги кўзатув режасини аниқлаш ҳамда даволашдир.

ОИВ инфекцияси билан диспансер кўзатувида бўлган беморларнинг мунтазам текширувлари даврийлиги ва ҳажми касалликнинг босқичига ва қондаги CD4+ лимфоцитлар сонига боғлиқ.

Врач - инфекционистнинг диспансер кўзатувлари даврийлиги тавсия этилади:

- CD4 лимфоцитлар миқдори > 500 хужайра / мкл бўлган беморларга ҳар 6-12 ойда;

- CD4 лимфоцитлар сони <500 хужайра / мкл га тенг беморларга - ҳар 3 -6 ойда, РКТ ни бошлаш билан биргаликда;

- 5 ёшгача бўлган барча болаларга- ҳар 3-6 ойда CD4, ВЮ назорати остида ва АРВ дозасини ўз вақтида тузатиш учун (агар вазношса) ҳар ой вазни назорат қилиш зарур;

Қон таҳлилини ўтказишнинг умумий қоидалари

(қоннинг клиник, биокимёвий, иммунофермент таҳлили)

Текширувлар эрталаб оч қоринга ўтказилади, сўнгги овқатланиш ва қон олиш орасида камида 8- 12 соат ўтиши керак. Олдинги куннинг кечкурунида беморларга енгил кечки овқатни танавул қилиш тавсия этилади. Ушбу текширувдан 1- 2 кун олдин ёғли, қовурилган овқатларни ейиш ва спиртли ичимликларни ичиш тавсия этилмайди. Агар аввалги кунда меҳмондорчиликда кўп овқат маҳсулотлари истеъмол қилинган бўлса ёки ҳаммом ёки саунага ташриф буюрилган бўлса, лаборатория текширувини 1- 2 кунга қолдириш керак. Қонни олишдан 1 соат олдин чекиш тақиқланади. Рентген текшируви ва физиотерапия муолажаларидан сўнг қон топширмаслик зарур. Текширув натижаларига таъсир кўрсатадиган омиллар: жисмоний зўриқиш (чопиш, зинапоядан чиқиш), хиссий безовталанишни мустасно этиш зарур. Муолажа олдидан 10 -15 дақиқа дам олиш ва хотиржам бўлиш лозим.

Қон кўрсаткичлари ўзгаришининг кунлик ритмини ҳисобга олган ҳолда такрорий текширувлар бир вақтнинг ўзида ўтказилиши керак. Турли хил лабораторияларда турли хил текширув усуллари ва ўлчов бирлиги ишлатилиши мумкин. Текширув натижаларини баҳолаш ва натижаларнинг мақбуллигини тўғри деб ҳисоблаш учун текширувларни бир вақтнинг ўзида битта лабораторияда олиб бориш мақсадга мувофиқдир. Клиник ва биокимёвий кўрсаткичлар учун қон текширувлари эрталаб соат 10 гача қабул қилинади ва лабораторияга соат 11.00 гача етказилади. Қон кўрсаткичларига сув қабул

қолдан тўяси килмайди, шунинг учун сув ичиш мумкин.

РКТ ни қабул қилмайдиган беморларда лаборатор текширувлар режаси

№	Текширув	Текширувлар орасидаги интервал, ой	Изоҳ
1	CD4-лимфоцитлар сонини аниқлаш	6-12	Кўрсатмага асосан
2	Умумий қон таҳлили, ЭЧТ	6	Кўрсатмага асосан
3	Қоннинг биёкимёвий таҳлили (умумийоксил, креатинин, АСТ, АЛТ, умумий билирубин, глюкоза, ИФ)	6	Кўрсатмага асосан
4	Умумий пешоб таҳлили	6-12	Кўрсатмага асосан
5	Рентгенография ёки кукрак қафаси органлари КТ	12	Кўрсатмага асосан
6	гепатит В (HBsAg) га серологик текширув	назоратга олиш пайтида	Кўрсатмага асосан
7	гепатит С (анти-HCVIgG)га серологик текширув	назоратга олиш пайтида	Кўрсатмага асосан
8	Захмга серологик текширув	назоратга олиш пайтида	Кўрсатмага асосан
9	ЭКГ	12	
10	Бачадон буйнидан олинган суртмани цитологик текшируви	назоратга олиш пайтида	Гинекологнинг текширувлар графиги буйича
11	50 ёшдан ошган аёлларга маммография		Кўрсатмага асосан
12	Суртмани замбуруғларга текшириш		Кўрсатмагаасосан
13			
14	ОМС босимини улчаш ва экспресс-тест усулида ОМСда (CrAg) ёки қон зардобида (LA ёки LFA) криптококк антигенини аниқлаш	CD4 100 кл/мкл дан кам бўлганда	Кўрсатмага асосан
15	Колоноскопия		Кўрсатмага асосан
16	ЦМВга серологик текширув	CD4 100 кл/мкл дан кам бўлганда	Кўрсатмага асосан
17	Нажасни микроскопик текшируви		Кўрсатмага асосан

ОИВ инфекцияли болаларни клиник ва лаборатор текширувлари

ОИВ инфекцияси ташхиси қўйилган ҳар бир болада инфекциянинг клиник босқичини, иммун танқислик даражасини ва РКТ олиш учун кўрсатма борлигини, шунингдек, эътибор талаб қилувчи ёндош касалликлар ва ҳолатларни аниқлаш, ОИВ ларни профилактик даволаш масалаларини ҳал қилиш мақсадида клиник ва лаборатор текширувдан ўтиши шарт. ОИВ/ОИТС билан яшовчи болани клиник ва лаборатор текширувида қўйидагилар зарур:

- ОИВ инфекциясининг клиник босқичини аниқлаш учун мавжуд симптомларни баҳолаш;
- Мулоқатдагиларни аниқлаш ва коинфекция (сил, В ва С гепатитлар) ҳавфини баҳолаш;
- Йўлдош касалликларни аниқлаш ва уларни даволашда қандай препаратлардан фойдаланилганини суриштириш;
- Ретровирусга қарши препаратлар, жумладан онадан болага юқиши профилактикаси учун препаратлар қабул қилишга оид анамнез йиғиш;
- Антропометрик маълумотлар: вазн, бўй, бош айланаси;
- Озиқланиш ҳолатини баҳолаш, шу жумладан:
 - бола истеъмол қилаётган овқатнинг тури ва миқдори;
 - иштахаси, озиқланиш орасидаги вақт;
 - озиқлантириш билан боғлиқ муаммолар;
 - парвариш қилувчи қайси шахс болани озиқлантиради.
- Ижтимоий шароитлари:
- Умумий санитар ҳолати, ҳавфсиз бўлган сув ва дори воситаларини сақлаш учун ишончли совутгич борлиги;
- Оила аъзоларидан ва парвариш қилувчи шахслардан қайси бири кўрсатмаларга амал қилинишини назорат қилиши мумкин;
- Бола ва уни парвариш қилувчи шахснинг рухий ҳолати; болани ақлий ривожланишини баҳолаш.

ОИВ инфекцияли 1 ёшдан катта бўлган болаларни саломатлик ҳолатини клиник лаборатор баҳолаш схемаси

№	Текширув	Текширувларорасидаги интервал, ой
1.	Жисмоний ривожланиш курсаткичлари (вазн, тана узунлиги, бош ва курак айланаси) назорати	1 - 5 ёш - 3 ойда 1 марта 6 - 14 ёш - 6 ойда 1 марта
2.	Кўз тубини куриш	Курсатма бўйича
3.	ЭКГ	йилига 1 марта
4.	Эхо-КГ	Курсатма бўйича
5.	Қоннинг умумий таҳлили	6 ойда 1 марта, курсатма бўлса кўпроқ
6.	Пешобнинг умумий таҳлили	6 ойда 1 марта; ТМП/СМК профилактик

		дозада қўлланилса - 3 ойда 1 марта; ТМП/СМК даволаш дозасида қўлланилса - хар 5-7 кунда
7.	Қоннинг биохимик таҳлили (АЛТ, АСТ, умумий оксил ва унинг фракциялари, лактат, амилаза)	6 ойда бир марта, курсатма бўлса кўпроқ
8.	Копрограмма	6 ойда бир марта, курсатма бўлса кўпроқ
9.	Топ доирадаги мутахассислар (кардиолог, фтизиатр, онколог ва б.) маслаҳати	Курсатмага асосан
10.	Тери ичи туберкулин тести	Курсатмага асосан
11.	Вирусли гепатит, ЦМВ, ОГВ, Эпштейн-Барр вирусимаркерлари	Курсатмага асосан

ОИВ инфекцияли болаларнинг жисмоний ривожланиши мониторинги

Ёшидан қатъий назар ОИВ инфекцияли болани клиник-лаборатор текшируви жисмоний ривожланиш курсаткичлари (тана вазни ва буйи) мониторингини ўз ичига олади.

Буй ва оғирликда ортда қолиш ОИВ инфекцияси авж олишининг белгиси бўлгани учун жисмоний ривожланиш курсаткичларини центиль диаграммаларда доимий қайд қилиб бориш лозим.

Беморнинг амбулатор картасидан кўчирма

Беморнинг исми шарифи	
Тугилган йили	
Беморнинг шахсий коди	
Манзили	
«Д» руйхатга олиш санаси	
Ташхис (бирламчи) Санани курсатинг	
Ташхис (охиргиси): Санани курсатинг	
ОИТС га қарши курашиш маркази инфекционисти /педиатри куриги:	
CD4 хужайралари таҳлили натижаси (кон олинган санани курсатинг)	
РНҚ ПЗР таҳлили натижаси (ВЮ) (таҳлилга кон олинган сана)	

Даволовчи шифоқор _____

Булим мудир _____

Сана
Мухр

Тест саволлари

1. *ОИВ инфекциясига гумон бўлганда қайси текшириш усули қўлланилади?*

- A. Рентгенография
- B. ИФА, иммуноблот
- C. Умумий кон таҳлили

2. *ОИТС учун нотўғри клиник белгини кўрсатинг.*

- A. Остеоартроз
- B. Кахексия
- C. Кандидозли эзофагит

3. *ОИВ инфекцияни биринчи клиник босқичи учун характерли бўлмаган симптом.*

- A. Оғиз-ҳалқум шиллиқ қавати кандидози
- B. Полиаденит
- C. Иситма

4. *ОИВ инфекцияни даволашда қўлланилади.*

- A. Антибиотиклар
- B. РВҚ препаратлар
- C. НЯҚП

5. *ОИВ инфекцияси нечта клиник босқичда кечади?*

А. 7

Б. 5

С. 3

6. *ОИТС иммунопатогенези учун характерли*

А. СД4+Т-хужайраларнинг миқдори камайиши

Б. СД4+Т-хужайраларнинг миқдорикўпайиши

С. Гемоглобин ва лейкоцитлар миқдорининг яққол камайиши

7. *ОИВ 2-клиник босқичида СД4 хужайралар миқдори қанчага камаяди?*

А. 80 %

Б. 15 %

С. 30-35 %

8. *Поликлиникага ОИТС 3-клиник босқичидаги болани эмлаш учун мурожат қилиб келишиди. обратился ребенок со СПИДом, клиническая стадия 3, для проведения прививок. Сизнинг тактикангиз?*

А. Вакцинация ўтказиш мутлоқ мумкин эмас

Б. Ўтказилади иммунолог кўригидан кейин

С. Фақат анатоксинларни қилиш мумкин

9. *ОИВ антителасигага тест зарарлангандан кейин қачон топшириш мақул ҳисобланади?*

А. Бир йил давомида ҳар ҳафта

Б. 3 йилдан кейин

С. 3-6 ойдан кейин

10. *Қачон ортирилган иммун танқислик вируси аниқланган ва ажратиб олинган?*

А. 1983 йил.

Б. 1988 йил.

С. 1990 йил.

11. *ОИВ вируси қайси оилага мансуб?*

А. Энтеровируслар.

Б. Аденовируслар.

С. Ретровируслар.

12. *Инфицирлангандан кейин ОИВга қарши антителани эрта аниқлаш мудати:*

А. 3 ой.

Б. 2 ҳафта.

С. 6 ой.

13. *ОИВ вируси қайси суюқликлар орқали юқиш хавфи юқори?*

А. Сўлак, тер.

Б. Қон, сперма суюқлиги ва кўкрак сути.

С. Сийдик ва ахлат.

14. *ОИВга текшириш учун қонни +4 дан +8 С ҳароратда қанча вақтгача сақлаш мумкин?*

- А. 3 соат.
- В. 12 соат.
- С. 24 соат.

15. *ОИВ антителасига лаборатор текшириш учун минимал қон миқдори:*

- А. 7-10 мл.
- В. 3-5 мл.
- С. 1-2 мл.

16. *ОИВ инфекцияси патогенези асосида ётади:*

- А. Иммунокомпетент хужайраларнинг зарарланиши.
- В. Прогрессивланувчи дистрофия.
- С. Оппортунистик инфекциялар.

17. *Қайси гуруҳ одамларда ОИВ инфекцияси учрашиш эҳтимоли кам?*

- А. Тез-тез касалликка чалинувчилар.
- В. Вена ичига наркотик моддаларни истеъмол қилувчилар.
- С. Тартибсиз жинсий ҳаёт кечирувчилар.

18. *ОИВ кўпроқ қайси хужайраларни зарарлайди?*

- А. Т-лимфоцит хелперлар.
- В. Т-лимфоцит супрессорлар.
- С. Макрофаглар.

19. *ОИВ инфекцияси инкубацион даври:*

- А. 7 кун.
- В. 6 дан 12 ойгача.
- С. 3-6 ҳафтадан 3-6 ойгача.

20. *ОИВ инфекциясини юқиш йўли:*

- А. Трансмиссив.
- В. Жинсий.
- С. Фекал-орал.

21. *ОИВ инфекцияси таъхисини тасдиқлаш учун қўлланиладиган усул:*

- А. Вирусологик.
- В. Серологик.
- С. Биологик.

22. *Операция, инъекциялар вақтида қўлнинг тери бутунлиги бузилганда қўлланиладиган чора-тадбирлар.*

А. Қўлни совун билан ювиш ва 3 % хлорамин эритмасибиланишловбериш.

В. Жароҳатни 5 % йод эритмаси билан ишлов бериш.

С. Қўлқопларга ишлов бериш, уларни ечиш. Камгина жароҳат бўлса жароҳатдан қонни сиқиб чиқариш, терини 70 % ли этил спирти билан ишлов бериш, қўлни оқар сувда совунлаб ювиш, қайтадан 70% ли этил спирти билан

кейин 5% ли йод эритмаси билан ишлов берилади. Жароҳат каттароқ бўлса терига 70%ли этил спирти шимдирилган тампон билан икки марта, 5% йод эритмасибиланишловберилади.

23. ОИВ-инфицирланган–бу ОИВ антителаси.... таҳлилда мусбат бўлган одам:

- A. Иммуноферментан ализида (ИФА).
- B. Иммунологик блоттингда (ИБ).
- C. РНГА.

24. ОИВ инфекцияси учун характерли қондаги ўзгаришлар:

- A. Т-лимфоцитлар миқдорининг аввал камайиши, кейин ошиши.
- B. Т-лимфоцитлар миқдорининг камайиши.
- C. Т-лимфоцитлар миқдоирининг аввал камайиши, кейин тўлик ўқолиши.

25. ОИВ инфекциясини "Серологик" инкубация даври бу-:

A. Зарарлангандан беморнинг қонида вирус ёки антигенни топилишигача бўлган давр.

- B. Зарарлангандан сероконверсия давригача бўлган давр.
- C.Зарарлангандан ОИТС ташхиси қўйилгунча бўлган давр.

26. Ўткир ОИВ инфекцияси босқичи учун характерли:

- A. Гриппсимон синдром, гастроэнтерит.
- B. Полиаденопатия, моноклеозсимон синдром.
- C. Юқорида саналган синдромларнинг барчаси.

27. ОИТС-ассоцирланган инфекцияларга киради:

- A. Аскаридоз, энтеробиоз, амебиаз.
- B. Пневмоцистоз, токсоплазмоз, изоспороз.
- C. Стронгилоидоз, лямблиоз, микроспоридоз.

28. Қайси ОИТС-ассоцирланган инфекция тузруқ вақтида болага ўтиши мумкин?

- A. Изоспороз.
- B. Пневмоцистоз.
- C. Кандидоз.

29. ОИВ инфицирланган онадан тузилган боланинг дастлабки ҳаётининг биринчи қунида текширилади:

- A. Антинатал ва перинатал ўтадиаган касалликларни баҳолаш.
- B. Периферик қонда вирус юкламасини аниқлаш.
- C. ПЗР усулида ОИВ ДНКсини аниқлаш.

30. ОИВ инфицирланган болага ўтказиладиган вакцинациялар:

- A. Вакцинация ўтказилмайди.
- B. Ҳамма профилактик эмлашлар ўтказилади.
- C. Миллий эмлаш календари бўйича БЦЖ вакцинасидан ташқари барчаси ўтказилади.

Вазиятли масалалар

1. Маълум бир шифохонанинг бош шифокори кўрсатмаси бўйича барча тиббиёт ходимларини ОИВ инфекциясига текшириш мақсадида ИФАга қон олинди. Текширишдан кейин 3 киши (катта ҳамшира, булим бекаси ва лобарантга) мусбат чиқди ва кейинги текширу иммуноблотга юборилди. Таҳлил натижалари аниқланди ва ходимлар ишдан бўшатилади. Тиббиёт ходимлари ОИВ инфекциясини беморларга юктириши мумкинми ва қайси ҳолатда?

Жавоб: Ҳа мумкин. Мазкур ҳолатда ҳамшира инфекция вақтида тасодифан ўзини ва беморни жароҳатлаб юктириши мумкин.

2. Операция вақтида хирург қўл бармоқларини тасодифан игна билан чуқур жароҳатлади. Бир ҳафтадан кейин хирург ўша беморда ОИВ инфекция борлигини билади ва ОИТС марказига мурожаат қилади. Контактдан кейинги профилактика ўтказилмаган. Хирургда касбий зарарланиш хавфи борми, уша тасодифий жароҳатдан?

Жавоб: Касбий зарарланиш хавфи бор, чунки хирург беморда ОИВ инфекцияси борлигини жароҳатлангандан бир ҳафтадан кейин билади. МКП эса тасодифий жароҳатдан кейин 3 кун ичида кечиктирмасдан ўтказилади.

3. Бемор Б., 28 ёш, фоҳиша, 2 йил Яқин Шарқда яшаган. У ҳолсизлик, йўталиш, балғам ажралиши, кўкрак кафаси ёниши, нафас қисилиши, тунги совқотиш, иситма, терлаш, бўғимларда оғриқ, оғиз шиллик каватидаги ок карашларга шикоятлари билан касалхонага ётқизилган. 5 ой давомида бемор 12 кг.га вазни камайган, иштаҳаси пасайган ва қаттиқ овқатлар томоғидан қийинчилик билан ўтган. Текширувда: юмшоқ танглайда, бодомча безларида, томоқ орка девори ок караш билан қопланган, лимфаденопатия кузатилади. Ўпка устида курак бурчаги ўнг томонида перкуссияда овози хиралашган. Гепатоспленомегали. Қонда: анемия, лейкоцитоз, формуланинг миелоцитлар томонига силжиши, лимфопения, ЭЧТ 60 мм/соат. Сизнинг тахисингиз қандай?

Жавоб: ОИВ-инфекцияси, Пневмоцитли пневмония, Қизилунгач кандидози

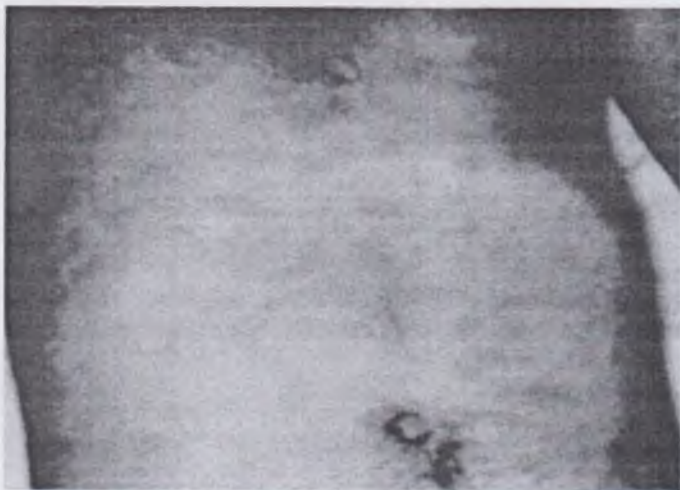
4. 28 ёшли бемор, олти ой ичида лимфа тугунларининг катталашishi, ҳолсизликни аста секин кўпайishi, терлаш, даврий тана ҳарорати 38°C га кўтарилишидан шикоят қилади. У бир неча йил давомида томир ичига гиёҳванд моддаларни истеъмол қилган. Иштаҳанинг пасайishi, кенг тарқалган себореик дерматит, палпацияда бўйин, култиқ ости ва чов соҳаси лимфа тугунлари катталиги 2-2,5 см гача. Биринчи навбатда қайси тахлилларни ўтказиш керак?

Жавоб: ОИВ инфекцияси антителасини аниқлаш учун қон тахлили

5. Пневмония билан касалланган 7 ойлик болада ва шу билан биргаликда онасида ОИВга қарши антитаналар аниқланди. Ҳомиладорлик пайтида боланинг онаси икки марта ОИВ инфекциясига қон таҳлили - охириги марта ҳомиладорликнинг 24 ҳафтасида топширган, манфий натижа олган. Онасига ОИВ инфекциясининг юқиши мумкин бўлган сабаблари:

Жавоб: Ҳомиладорлик даврида ОИВ инфекцияси бўлган

ИЛЛЮСТРАЦИОН МАТЕРИАЛ.



Расм. 1. Мононуклеозсимон синдром. Теридаги тошмалар.



Расм. 2. Тарқалган персистирланувчи лимфоаденопатия



Расм. 3. Ангуляр хейлит



Расм. 4. ОИВ-инфекция. Рецидивланувчи Herpes Zoster



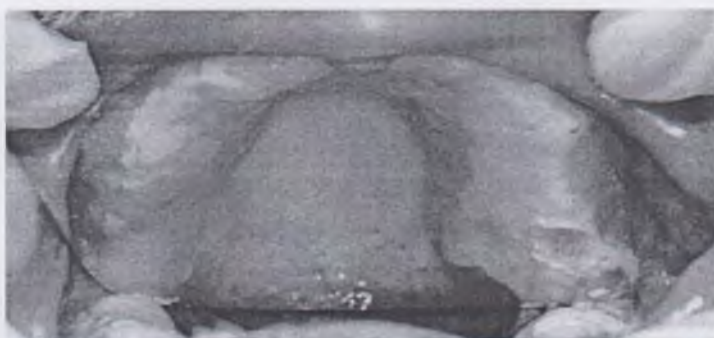
Расм. 5. Тирноқларни замбуруғли зарарланиши.



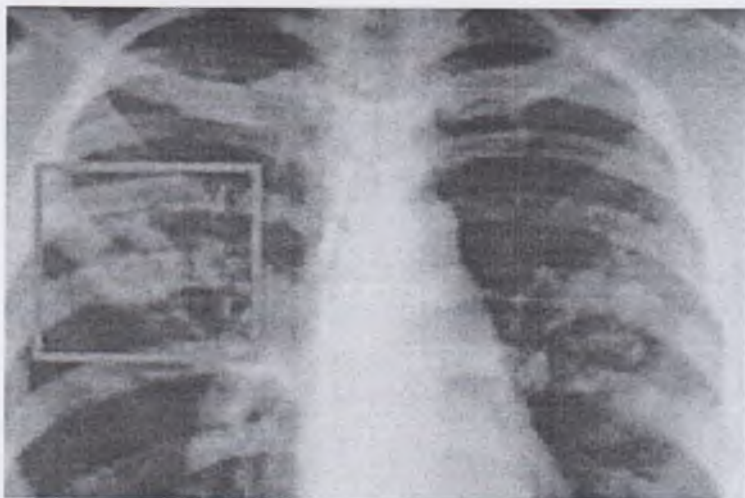
Расм. 6. ОИВ-инфекция. Ярали-некротик гингивит



Расм.7. Себореяли дерматит.



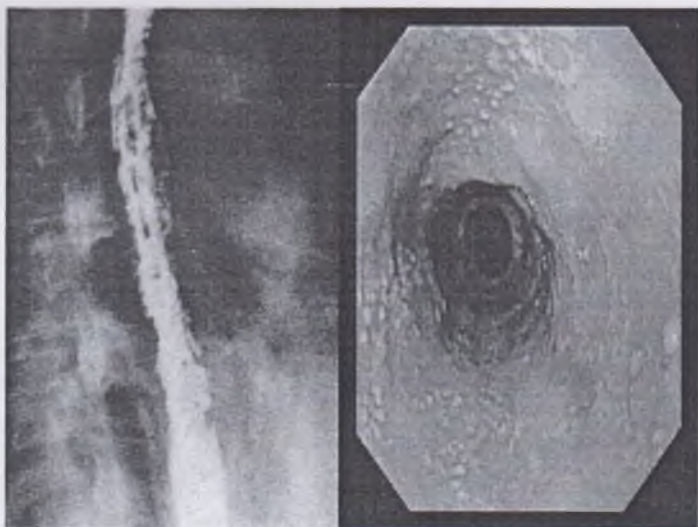
Расм.8. Рецидивланувчи орофаренгиал кандидоз



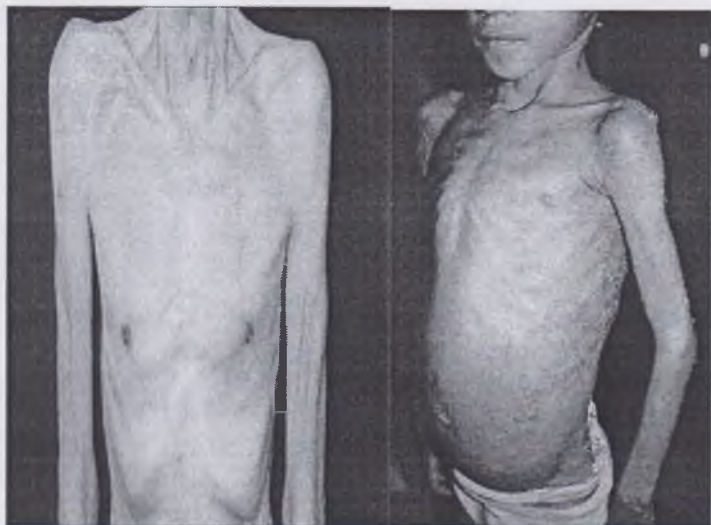
Расм. 9. Упка туберкулези



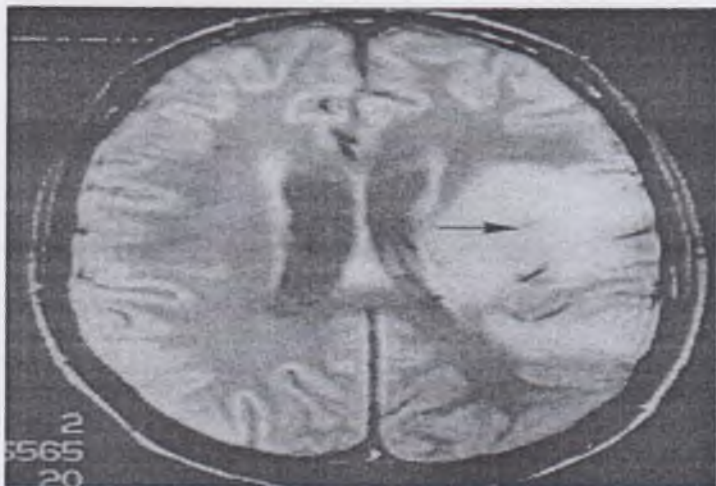
Расм. 10. Лимфа тугунлари туберкулези.



Расм. 11. ОИВ-инфекция. Кандидозли эзофагит



Расм. 12. ОИВ-инфекция. Кахексия



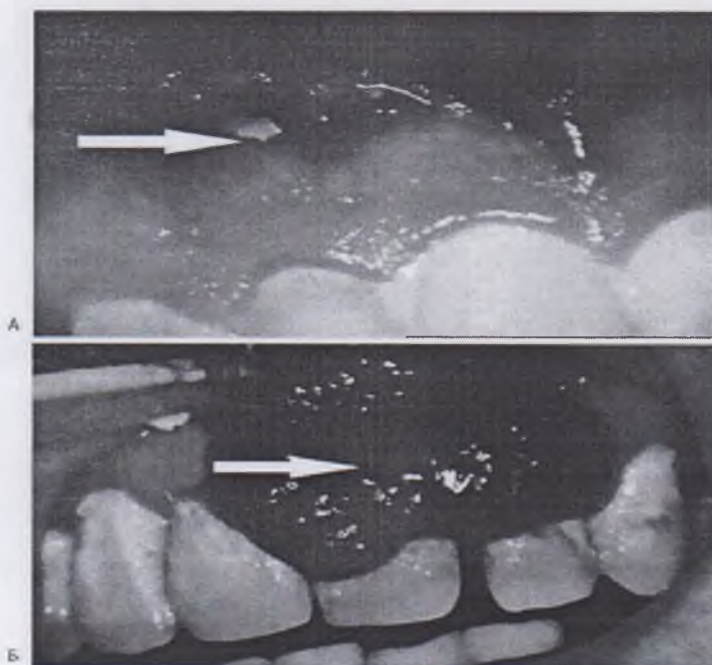
Расм. 13. ОИВ-инфекция. Бош мия лимфомаси. Магнит-резонанс томография



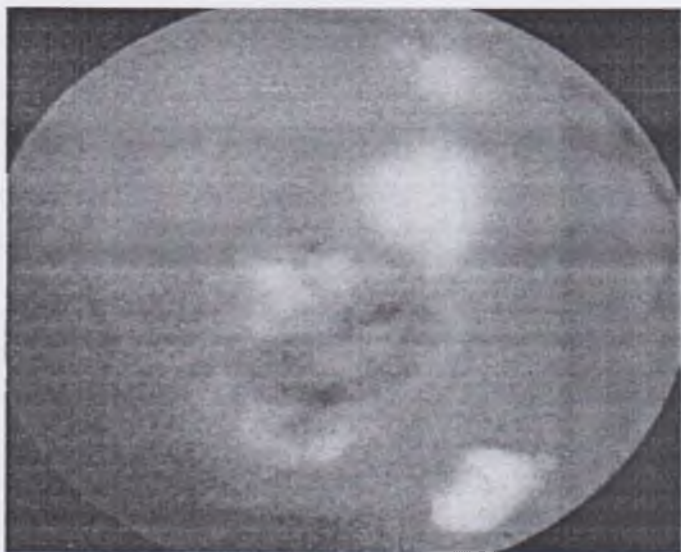
Расм. 14. ОИВ-инфекция. Прогрессив мультифокал лейкоэнцефалопатия. Магнит-резонанс томография



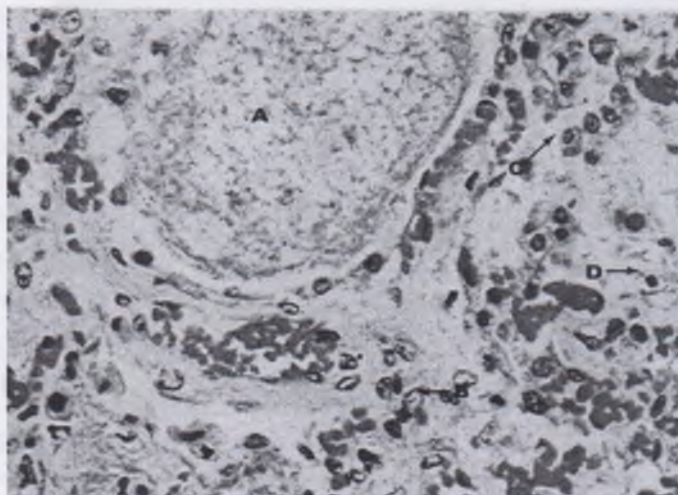
Расм. 15. ОИВ-инфекция. Капоши Саркомаси. Теридаги ўзгаришлар.



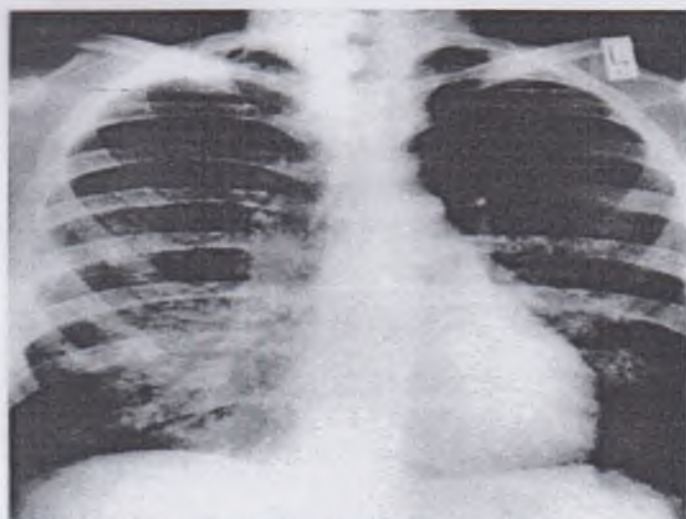
Расм. 16. ОИВ-инфекция. Капоши Саркомаси милкларда.



Расм. 17. ОИВ-инфекция. Токсоплазмозли ретинит. Кўз тўр парда атрофияси.



Расм. 18. ОИВ-инфекция. Пневмоцистли пневмония – ўпка гистологияси (гематоксилин и эозин)



Расм. 19. ОИВ-инфекция. Пневмоцисти пневмония. Кўкрак қафаси рентгенограммаси.



Расм. 12. Тери папиллома вируси.

Адабиётлар рўйхати.

1. Гашникова Н. М. и др. Эпидемия ВИЧ-инфекции в Узбекистане – распространение генетических вариантов и резистентных ВИЧ-1 //Диагностика и профилактика инфекционных болезней на современном этапе. – 2016. – С. 103-105.
2. Гиясова Г. М. Медико-социальные вопросы ВИЧ-инфекции у женщин в Узбекистане //ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2012. – Т. 4. – №. 4. – С. 103-108.
3. Даминов Т.А., Туйчиева Л.Н., Таджиева Н.У. Инфекционные болезни в деятельности ВОП. Ташкент 2007
4. Денисов Б. П., Сакевич В. И. Динамика эпидемии ВИЧ/СПИД //Социологические исследования. – 2004. – №. 1. – С. 75-85.
5. Змушко Е.И. ОИВ-инфекция. Руководство для врачей. Москва: Мир, 2016
6. Иванова Л.Ю. Оценка медицинскими работниками профессионального Расмка заражения ОИВ. / Инфекции, передаваемые половым путем. - 2002. - №1
7. Малый В. П. ОИВ. СПИД. Новейший медицинский справочник. - М.: Эксмо, 2009
8. Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, Приказ № 277 от 30 апреля 2018 года. О внедрении в практику национальных клинических протоколов по ОИВ-инфекции. Том II
9. Неъматова Н. У. и др. Эпидемиологические особенности вич-инфекции в республике Узбекистан. – 2020.
10. Переверзева Э. В., Филиппова С. Н. Актуальные вопросы культуры здоровья: ВИЧ-инфекции и СПИД //Вестник РМАт. – 2014. – №. 1.
11. Покровский В.В. Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г, ОИВ - инфекция: клиника, диагностика и лечение/ Под общей редакцией В.В. Покровского М.: ГЭОТАР Медицина, 2000
12. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Голиусов А.Т., Буравцова Е.В. Развитие эпидемии ОИВ - инфекции в России/ Эпидемиол. и инфекц. бол. - 2001. - № 1

13. Покровский В. В., Ладная Н.Н. ВИЧ-инфекция и СПИД //Клинические рекомендации. М. – 2010.
14. Покровский В. В., Ладная Н. Н., Соколова Е. В. ВИЧ-инфекция и туберкулез в России: «оба хуже» //Туберкулез и болезни легких. – 2014. – №. 6. – С. 3-8.
15. Ражабов Г. Х. и др. Анализ выявляемости ВИЧ-инфекции в Узбекистане //ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2012. – Т. 4. – №. 4. – С. 119-121.
16. Симованьян Э.Н. и др. ОИВ-инфекция у детей. М.: Феникс, 2010
17. Тулкинова Ш. Б., Джалилова Г. А., К., Халдарова Х. М. Борьба с ВИЧ-инфекцией в Узбекистане //Вестник науки и образования. – 2017. – №. 2 (26).
18. Хакимов Э. и др. ОИВ Клиническое руководство ВОЗ 2006
19. Халдарова Х. М. и др. Система эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией и ВИЧ-ассоциированными заболеваниями //Евразийский союз ученых. – 2016. – №. 29-1.
20. Юлдашев К. Х. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН //Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. – 2019. – С. 403-404.