

ERGASHEVA M. Y.



HAVO-TOMCHI INFEKSIYALAR

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI
SAQLASH VAZIRLIGI SAMARQAND DAVLAT
TIBBIYOT UNIVERSITETI
YUQUMLI KASALLIKLAR KAFEDRASI**

HAVO-TOMCHI INFEKSIYALAR

O'QUV QO'LLANMA

**SamDTU
axborot-resurs markazi**

**SAMARQAND-2024
«Mahorat» nashriyot- matbaa ijodiy uyi**

UO·K: 48.73
KBK: 614:616
E 74

Tuzuvchilar:

**Ergasheva Munisa
Yakubovna**

SamDTU, yuqumli kasalliklar kafedrası dotsenti,
PhD.

Taqrizchilar:

Yarmuxamedova M. K.

SamDTU, yuqumli kasalliklar kafedrası dotsenti,
t.f.n.

Obloqulov A.R.

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot
instituti yuqumli kasalliklar va epidemiologiya
kafedrası mudiri, t.f.d. professor

Ushbu o'quv qo'llanmada havo-tomchi yo'li bilan yuqadigan yuqumli kasalliklarning kechish xususiyatlari, klinik belgilari, tasnifi, instrumental va laborator tashhisot usullari, asoratlari, profilaktikasi batafsil yoritilgan. Ushbu o'quv qo'llanma amaliy yo'nalishga ega bo'lib, magistratura rezidentlari va klinik ordinatorlarga havo-tomchi yo'li bilan yuqadigan kasalliklar yuzasidan yuzaga kelgan savollarga oydinlik kiritishga yordam beradi. Ushbu o'quv qo'llanma tibbiyot oliygohlari magistratura rezidentlari va klinik ordinatorlarga amaliy mashg'ulotlar o'tish uchun mo'ljallangan.

ISBN: 978-9910-9260-7-5

© Munisa Ergasheva, 2024

© «MAHORAT», 2024

MUNDARIJA:

1. Qisqartirmalar.....	4
2. So'z boshi.....	5
3. Gripp va boshqa o'tkir respirator virusli infeksiyalar.....	6
5. Qizamiq.....	16
6. Qizilcha	26
7. Skarlatina.....	31
8. Parotitli infeksiya.....	37
9. Koronavirus infeksiyasi.....	41
10. Suvchechak.....	52
11. O'rab oluvchi herpes.....	60
12. Infekcion mononukleoz.....	60
13. Difteriya.....	63
14. Ko'kyo'tal.....	76
15. Parako'kyo'tal (parapertussis).....	80
16. Meningokokkli infeksiya.....	81
17. Nazorat savollari.....	97
18. Vaziyatli masalalar.....	99
19. Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati.....	101

QISQARTIRMALAR RO'YXATI

- AB – arterial bosim;**
- ALT – alaninaminotransferaza;**
- ACT – aspartataminotransferaza;**
- AT – antitelo (antitela);**
- ATF – adenzintrifosfat kislota;**
- GKS – glyukokortikosteroidlar;**
- IT – infeksiyon toksikoz;**
- ITSH – infeksiyon-toksik shok;**
- IFA – immunoferment analiz;**
- IFN – interferon;**
- O'BE – o'tkir buyrak yetishmovchiligi;**
- RES – retikulo-endotelial tizim;**
- TDS – toksiko-distrofik sindrom;**
- EKG – elektrokardiografiya;**
- ECHT – eritrotsitlar cho'kish tezligi;**
- O'RVI – o'tkir respirator virusli infeksiyalar.**

SO‘Z BOSHI

Infeksion kasalliklar eng tez-tez uchraydigan va keng tarqalgan bo‘lib, katta mehnat yo‘qotishlariga olib keladi. Rossiya Fanlar akademiyasining akademigi V. I. Pokrovskiyning so‘zlariga ko‘ra, zamonaviy axborot texnologiyalari infeksiion kasalliklar tufayli yetkazilgan ijtimoiy-iqtisodiy zaraming murakkab ko‘rsatkichlarini hisoblash imkonini beradi. Mamlakatda nogironlikning har ikkinchi (56%) va har uchinchi kuni (39%) infeksiion kasalliklar bilan bog‘liqligi aniqlandi. Dominant rolni gripp va boshqa o‘tkir respirator kasalliklar o‘ynaydi, bu vaqtinchalik nogironlik holatlarining yarmiga to‘g‘ri keladi va juda katta iqtisodiy yo‘qotish beradi.

Oxirgi yillarda respublikamizda sodir bo‘layotgan ijtimoiy-iqtisodiy tub o‘zgarishlar bolalar o‘rtasida uchraydigan yuqumli kasalliklarning kamayishiga olib keldi. Shu bilan bir qatorda yuqumli kasalliklarni o‘z vaqtida aniqlash, ularga to‘g‘ri tashxis qo‘yishda, bemor bolalar parvarishida ayrim kamchiliklarga yo‘l qo‘yish amaliyotda kuzatilmoqda. Bu holat esa yuqumli kasalliklarning oldini olish va ularni o‘z vaqtida davolashni talab etadi.

Havo-tomchi yo‘li bilan yuqadigan yuqumli kasalliklar asosan bolalarda kuzatilganligi bois bu holatda xasta bolalar parvarishi, ulardan tahlil uchun biomateriallar olinishi muhim ahamiyatga ega. Shularni e‘tiborga olgan holda ushbu jihatlari batafsil yoritilgan o‘quv qo‘llanma ishlab chiqarishni lozim deb topdik.

Ushbu o‘quv qo‘llanma o‘quv dasturiga muvofiq tuzilgan bo‘lib, havo-tomchi yo‘li bilan yuqadigan yuqumli kasalliklar turi, ularning klinik belgilari, laborator diagnostikasi, bemorlar parvarishi va tahlillar olinish tartibi batafsil yoritilgan.

GRIPP VA BOSHQA O'TKIR RESPIRATOR VIRUSLI INFEKSIYALAR

Gripp – o'tkir virusli kasallik bo'lib, u umumiy zaharlanish belgilari, tana haroratining ko'tarilishi, yuqori nafas yo'li, yurak qon-tomir va asab sistemasining zararlanishi kabi alomatlar bilan tavsiflanadi.

Etiologiyasi. Grippning qo'zg'atuvchisi Orthomyxoviride oilasining Influenzavirus jinsining RNK saqlovchi viruslari, 3 ta serotip viruslarini o'z ichiga oladi: A, B va C. Serotip A viruslari antigenlarning doimiy o'zgaruvchanligi va yuqori virulentligi bilan ajralib turadi, B serotipi yanada barqaror va kamroq virulent va serotip C viruslari barqaror antigen tuzilish va past reproduktiv faollik bilan ajralib turadi. Gripp viruslari yuqori haroratga (60°C dan yuqori), ultrabinafsha nurlanishiga va dezinfeksiyali eritmalarga sezgir. Ular qaynatilganda o'ladi. Sovuqqa chidamli (bir hafta ichida ular -40°C haroratda o'lmaydi).

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai kasal odam hisoblanadi. Ayniqsa, kasallikning yengil va klinik belgilarisiz turlarini o'tkazayotgan shaxslar xavfli hisoblanadilar. Bemorlar kasallik davrida 4-7 kungacha atrofdagilar uchun xavflidirlar. Gripp virusi odamlar orasida doimiy aylanib yurib, har 2-3 yilda epidemiya berib turadi. Bu epidemiyalar virusning turli xil serologik variantlari tomonidan chaqiriladi. A – virusining yangi serotiplari paydo bo'lganda esa (har 10-30 yilda) pandemiya sodir bo'ladi. A virusini turli har xil uzoqqa uchuvchi qushlar va hayvonlarga o'tishi va ulardan odamlarga o'tishi kuzatilgan. Bu holat virusning yangi serotiplarining paydo bo'lishida asosiy omil bo'lsa, ajab emas.

Gripp epidemiyasi shimoliy yarimsharda joylashgan viloyatlarda ko'proq noyabr, mart oylarida, janubiy yarimshar viloyatlarida esa aprel, oktyabr oylarida tarqaladi.

Biroq kasallik rivojlanishi uchun organizmda virusning o'zi tushishi ham har doim yetarli bo'lmaydi. Bunda shamollash omilining ham ahamiyati kattadir. Shamollash omili epiteliy hujayralarning tebranuvchi kiprikchalari harakatini keskin kamaytiradi va oqibatda nafas yo'lidagi shilliq tezda quyushib, ajralishi, binobarin, tozalanishi sekinlashadi, natijada virusning yuqorigacha siljishiga imkon yaratadi.

Patogenez. Gripp virusi doimo inson organizmiga yuqori nafas yo'llari orqali kiradi. Sovuq qotish shilliq pardalarni qon bilan ta'minlashning buzilishiga olib keladi va nafas epiteliysining kiprikchalarining faolligini kamaytirib, viruslarning hujayralarga kirishiga yordam beradi. Biroq, pandemiya paytida, viruslarning yuqori kontagiozligi tufayli, sovuq qotish omili hal qiluvchi omil bo'lishi to'xtatildi. Mavsumiy gripp viruslari yuqori nafas yo'llarining hujayralarini zaralab,

nazofaringit, traxeit va bronxitni keltirib chiqaradi. Kasallikning pnevmoniya bilan asoratlanishi kasallikning birinchi haftasining oxirida rivojlanib, bu bakterial infeksiya qo'shilishi bilan bog'liq. Kasallikning boshidanoq virusmiya rivojlanadi, markaziy asab tizimi va yurak qon-tomir tizimiga virusli toksinlar va autotoksinlar ta'siri, mikrosirkulyatsiya va gemostazning buzilishi bilan birga keladi. Virus va uning toksinlari immunosupressiv ta'sirga ega bo'lib, u nafas yo'llarining epiteliy qoplaminig shikastlanishi bilan birga autofloraning faollashishiga va bakterial asoratlarga yordam beradi. Qon tomirlarining shikastlanishi gemorragik sindrom bilan birga kelishi mumkin (gemorragik o'pka shishi, bosh miya pardalariga va moddasiga qon quyilishi, shishi rivojlanishi, burundan qon ketish, buyraklarga qon quyilishi va boshqalar). Miokardning toksik shikastlanishi yurak faoliyatining buzilishiga olib keladi. Virusni yo'qotishga olib keladigan asosiy himoya omillariga quyidagilar kiradi: interferon, sekretor IgA ishlab chiqarish, qonda virusni neytrallash va boshqa antitelolarning virus antigenlariga-gemagglutinin va neyraminidazaga to'planishi. Grippda o'limning eng ko'p uchraydigan sabablari pnevmoniya (virusli, virusli-bakterial), gemorragik o'pka shishi, bronxiolit, laringostenoz, dislokatsiya bilan miya shishi, yurak qon-tomir yetishmovchiligi, tromboemboliya.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri bir necha soatdan 1-2 kungacha, ba'zan 3 kungacha cho'zilishi mumkin. Kasallik to'satdan boshlanadi. Boshqa yuqori nafas yo'llari yallig'lanish kasalliklaridan farqi – gripp tumov belgilari kam bo'lgan holda zaharlanishning kuchliligi bilan ifodalanadi.

Gripp klinik tasnifi

Klinik shakli	Variantlari	Kechish og'irligi
1. TIPIK A) kataral B) subtoksik V) toksik G) toksik-kataral	A) Krup sindromli B) obstruktiv sindromli V) o'pkaning birlamchi zararlinishi G) serebral sindromli D) abdominal sindromli E) gemorragik sindromli	Yengil kechishi O'rtacha og'irlikda kechish Og'ir kechishi
2. ATIPIK SHAKLLARI A) bilinar-bilinmas belgili B) Yashin tezligidagi G) Akataral D) Afebril		

Odatda kasallik sovqotib, titrash, bosh og'rig'i bilan boshlanib, tana harorati tezda (bir necha soat davomida) 38-40 C gacha ko'tariladi. Quvvatsizlik, et qaqshashi, mushaklarda, suyaklarda, yirik bo'g'imlarda og'riq kuzatiladi. Bosh og'rig'i zo'rayib boradi. Ko'proq peshona, chakka, qosh usti ravog'i, ko'z olmasi og'riydi. Ba'zan bemor nurga qaray olmaydi. Kuchli zaharlanish odatda, bosh aylanishi, ba'zan hatto hushni yo'qotish, qusish va gemorragik alomatlar (ko'proq burundan qon ketishi) bilan kuzatiladi. Bemorlar avvalo burun bitishi, tomoqning qurishi va qirilishidan shikoyat qiladilar. Kasallikning 2-3 kunlarida ko'pchilikka quruq yo'tal, yo'talganda to'sh ortida og'riq hamda tumov paydo bo'ladi. 3-4 kundan keyin yo'talganda balg'am keladi, tana haroratining yuqori ko'tarilishi va kuchli zaharlanish belgilari namoyon bo'ladi. Kasallikning 1-2 kunida isitma kuzatiladi. Haroratning tushishi keskin yoki tezlashgan lizis yo'li bilan sodir bo'lib, terlash bilan kuzatiladi. Isitmaning takrorlanishi kam bo'lsa-da, u asoratlanish bilan bog'liq bo'ladi. Yuzning qizarib bo'rtishi, yuz qon-tomirlarning kengayishi, ko'zning yaltirab turishi, konyunktivit, ko'zdan yosh oqishi kabilar kasallikning boshlang'ich belgilari hisoblanadi. Kasallikning og'ir kechishida teri oqaradi va hatto biroz ko'karadi. Lablar va burun qanotlarida gerpetik toshmalar, og'iz, tomoq shilliq qavatining qizarishi, bodom bezlarining biroz kattalashuvi, qattiq va yumshoq tanglay shilliq qavatida mayda qon quyilishlar ko'rinadi. Aksariyat bemorlarda yumshoq tanglay, ayrim hollarda tilcha shilliq qavatida mayda donador enantemalar bo'ladi (Morozko belgisi). Tomoqning orqa devorida shilliq qavat qurigan undagi limfatik follikulalar kattalashganligi kuzatiladi. Kasallikning 3-4 kunlarida tomoqdagi qizarish hamda shish sezilarli kamaysa-da, boshqa belgilari hali saqlanadi. Burun shilliq qavati ko'kimtir, qizargan, shishgan bo'ladi. Kasallikning 2-3 kunida burundan biroz sel, keyinchalik shilimshiq ajralma ajraladi. Bakterial flora qo'shilganidan keyin esa ajralma yiringli-shilimshiq tus oladi. Puls tana haroratiga mos, ayrim hollarda nisbiy bradikardiya yoki taxikardiya kuzatiladi, ko'pchilik bemorlarda ayniqsa, kasallikning og'ir kechishida yurak tonlari sustlashgan bo'ladi. Qon bosimi aksariyat pasaygan, juda og'ir kechishida (ayniqsa bolalarda) hatto kollaps bo'lishi mumkin.

Grippda ovqat hazm qilish a'zolarining zararlanishi kam bo'ladi. Ishtahaning pasayishi (ba'zan mutlaqo yo'qolishi), til karashlanishi, ba'zan tilda og'riq, qabziyatga moyillik kabi alomatlar faqat kasallikning og'ir turlarida kuzatiladi. Isitma davrida siydik kamayadi, harorat pasayganda esa ko'payadi. Kasallik og'ir kechganda siydikda qon, hamda silindrlar bo'ladi. Gripp virusi toksinining vegetativ asab tizimiga ta'siri bemor yuzining qizarishi, terlash, pulsining labilligi, bosh aylanishi, hid bilishning yo'qolishi kabi alomatlar bilan erkin namoyon bo'ladi. Markaziy asab tizimi zararlanishida ensefalopatiya, o'choqli belgilar namoyon bo'ladi.

Periferik asab tizimi zararlanganda esa terida gipersteziya, paresteziya, pleksitlar qovurg'a oralig'i nervi va boshqa nervlarning nevralgiya belgilari kuzatiladi. Qonda

leykopeniya, eozinopeniya, nisbiy limfotsitoz bo'lib, ECHT o'zgarmaydi. Rekonvalessentlik davri bir, ikki hafta davom etib, bunda astenovegetativ belgilar (tez charchash, jahldorlik, uyquning buzilishi, terlash, pulsning labilligi), asoratlarga moyillik va surunkali kasalliklarning zo'rayishi kuzatiladi.

Amaliy jihatdan grippning asoratsiz va asoratli (asoratlarini ko'rsatib) hamda yengil, o'rta – og'ir, gipertoksik turlarga ajratish maqsadga muvofiqdir.

Grippning yengil kechishi biroz umumiy zaharlanish belgilari, hamda subfebril harorat (2-3 kun davomida), ayrim bemorlarning yuqori nafas yo'lining zararlanishi bilan namoyon bo'ladi.

O'rta og'ir turida zaharlanish hamda yuqori nafas yo'lining zararlanish belgilari aniq namoyon bo'ladi. Isitma davri o'rtacha 4-5 kun davom etadi.

Og'ir turi keskin boshlanadi. Isitma kuchli va uzoqroq davom etib, zaharlanish kuchli bo'ladi. Bemorda keskin holsizlanish, bosh aylanish, uyqusizlik yoki uyquchanlik, ishtahaning butunlay yo'qolishi, qusish, tirishish, qisqa karaxtlik, hushning yo'qolishi, meningial va ensefalitik sindromlar, yurak qon-tomir faoliyatining buzilishi kabi alomatlar kuzatiladi. Nafas a'zolarida muqarrar asoratlar sodir bo'ladi (virusli – bakterial zotiljam). Aksariyat gemorragik alomatlar (burun qonashi) kuzatiladi.

Gipertoksik – (chaqmoqsimon) turida juda og'ir neyrotoksikoz belgilari (miya shishi), yurak tomir hamda nafas yetishmovchiligi (o'pkaning o'tkir gemorragik shishi), bronxiolit, hiqildoqning qisilishi kabi alomatlar birinchi o'rinda namoyon bo'ladi. Aksariyat, bu sindromlarning birgalikda sodir bo'lishi tufayli kasallik og'ir kechib, o'lim bilan yakunlanishi mumkin.

Grippning kam uchraydigan atipik turida kasallikning asosiy belgilaridan biri (ya'ni isitma, zaharlanish belgilari yoki nafas a'zolarining zararlanishi) kuzatilmaydi.

Kasallik asorati: Grippning eng ko'p va og'ir asoratlaridan biri zotiljamdir. U turli bakteriyalar, aksariyat stafilokokklarning qo'shilishidan rivojlanadi.

Grippda zotiljamdan tashqari otit, burun qo'shimcha bo'shliqlari va peshona sinuslarining yallig'lanishi (gaymorit, etmoidit, frontitlar) va ko'proq rinit, faringit, laringit, traxeobronxit, angina va boshqa asoratlar bo'lishi mumkin.

Asab tizimi tomonidan sodir bo'ladigan asoratlar (meningoensefalit, araxnoidit, polinevrit, radikulit), ba'zan uzoq vaqt asab sistemasi faoliyatining buzilishi va ish qobiliyatining pasayishiga olib keladi.

Kasallik tashxisoti: Gripp virusining kasallikning birinchi kunidan boshlab burun, tomoq shilliq qavati va qonda topish kam holatlarda qayd qilinishi mumkin. Uni tovuq embrionida o'stirish mumkin. Grippda va boshqa O'RKlarda tezkor ekspress tashxis qo'yish maqsadida flyuoressentlanuvchi antitelolar usulidan foydalaniladi. Buning uchun burun va tomoq shillig'idan tayyorlangan surtmaga

grippning flyuoressentstlanuvchi zardobi bilan ishlov beriladi. Hosil bo'lgan antigen-antitelo birikmasi epiteliylarning yadrosi va protoplazmasida erkin nurlanadi.

Virusologik usul. Bemorning halqumidan yuvish yo'li bilan shilimshiq olinadi va u tovuq embrioniga yuboriladi. So'ngra embrion 3 kun termostatda saqlanadi. Keyin rivojlanayotgan embrion atrofidagi suyuqlikdan olinib, uni xo'roz va odam eritrotsitlari bilan aralashtiriladi. Eritrotsitlar bir birlariga yopishsa, ya'ni agglyutinatsiya hodisasi ro'y bersa, gripp virusi borligidan darak beradi.

Serologik usul. Buning uchun kasallik boshidan hisoblanganda 6 kuni va oradan 10-14 kun o'tkazib turib, bemordan qon olib tekshiriladi. Agar ikki marta olingan qon zardobi tekshirilganida reaksiya titri 4 va undan ziyodroq bo'lib chiqsa, reaksiya natijasi musbat hisoblanadi.

Oxirgi yillarda ekspress tashxis usuli keng qo'llanilmoqda. Surtma pastki burun chiqanog'idan uzunligi 10 sm ga yaqin, kengligi 5-7 mm va qalinligi 2-5 mm bo'lgan yaxshi silliqlangan (burun shilliq qavatini zararlamasligi uchun) plastinkalarga olinadi.

Lyuminessent mikroskopiya. Bu usul bir necha soatlar ichida gripp virusini RNK kiritmalarining qizil rangda shu'lalanishi orqali aniqlashga imkon beradi (adenoviruslar DNK kiritmalariga ega va yashil shu'la beradi).

Immunoflyuoressensiya. Bu usul nafaqat grippga tashxis qo'yish, A va B virus turini aniqlash, balki adenovirus infeksiyasini aniqlashda ham yordam beradi.

KBR va neytralizatsiyalash kabi zardob tahlillaridan kechikkan (ya'ni kasallik o'tib bo'lgandan keyingi) tashxisot maqsadida foydalanish mumkin. Zardob reaksiyasi uchun qonni ikki marotaba («juft zardob») kasallik boshida, yana 8-14 kun o'tkazib, rekonvalessentlik davrida olinadi. Antitelolar titrini 4 marotaba va ortiq oshishini tashxisiy hisoblash mumkin.

Paragripp – kuchsiz intoksikatsiya va yuqori nafas yo'llari, ayniqsa, hiqildoqning zararlanishi bilan xarakterlanuvchi o'tkir yuqumli kasallik hisoblanadi.

Etiologiyasi. Paragrippni chaqiruvchi viruslar o'zida RNK tutadi. Ularning o'lchami 150 250 nm atrofida. Bu viruslarda spiralsimon RNK, polisaxaridlar, lipidlar va yuza joylashgan gemagglyutin bor. Paragripp virusining antigen tuzilmalari o'zgaruvchan emas.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai kasal odam hisoblanadi. Ayniqsa, kasallikning yengil, noaniq va klinik belgilarisiz turlarini o'tkazayotgan shaxslar xavfli hisoblanadilar. Bemorlar kasallik davrida 4-7 kungacha atrofdagilar uchun xavflidirlar. Biroq, kasallik rivojlanishi uchun organizmda virusning o'zi tushishi ham har doim yetarli bo'lmaydi. Bunda shamollash omilining ham ahamiyati kattadir. Shamollash omili epiteliy hujayralarning tebranuvchi kiprikchalari harakatini keskin kamaytiradi va oqibatda nafas yo'lidagi shilliq tezda quyushib,

ajralishi, binobarin, tozalanishi sekinlashadi, natijada virusning yuqorigacha siljishiga imkon yaratadi.

Klinikasi. Paragripp ham grippga o'xshash klinika bilan kechadi. Lekin paragrippning grippdan farqli o'ziga xos xususiyatlari mavjud. Gripp epidemiya va pandemiya ko'rinishida kechadi. Paragrippda esa epidemik tarqalishlar ro'y bermaydi. Paragrippda inkubatsion davr 1-2 kun davom etib, intoksikatsiya kamroq bo'ladi. Tana harorati odatda kasallikning 1-kunida subferil, ba'zan normal — bolalarda, og'ir kechganda kattalarda ham harorat yuqori bo'lishi mumkin. Xatto isitma baland bo'lganda ham intoksikatsiya belgilari kuchsiz bo'ladi. Grippda esa kasallik o'tkir boshlanib qaltirash, kuchli bosh og'riq, tana haroratining 38-40°C gacha ko'tarilishi mumkin. Mushaklar, suyaklar, katta bo'g'imlarda og'riqlar bo'ladi. Paragrippda kasallik asta-sekin boshlanadi va yaqqol namoyon bo'luvchi klinik manzara 2-3 kuni yuzaga keladi. Grippda esa asosiy sindrom intoksikatsiya bo'lib 2-5 kun davom etadi. Paragrippda esa kataral sindrom yaqqol namoyon bo'lib, yumshoq tanglay va tomoqning orqa devorida biroz qizarish paydo bo'ladi. Grippda esa kataral sindrom kasallikning 2-3 kundan namoyon bo'lib, kuchsiz bo'ladi. Paragrippda burun bitishi, yengil seroz ajralma kelib, dag'al cho'ziluvchan yo'tal bo'ladi. Yo'tal 6-10 kun davom etadi. Grippda esa burun bitib, nafas olishi qiyinlashadi. Traxeit belgilari - yo'tal quruq, iztirobli, to'sh orqasidagi og'riqlar bilan kechadi. Shunday qilib paragrippda ko'proq laringit yoki laringotraxeit, kamroq rinit va faringit alomatlari kuzatiladi. Paragrippda halqum stenozi yoki krup ko'proq 1-5 yoshli bolalarda kuzatilib, paragrippdagi krup unchalik xavfli bo'lmasligi bilan boshqa etiologiyali kruplardan farq qiladi.

Paragrippning tayanch-tashxisot mezonlari:

- xarakterli epidemiologik anamnez
- ko'pincha 2-5 yoshli bolalarning kasallanishi
- kasallikning nisbatan asta-sekin boshlanishi
- kataral sindromning yaqqol namoyon bo'lishi, hiqildoqning ko'proq zararlanishi
- intoksikatsiya sindromining kuchsiz namoyon bo'lishi
- tana haroratining subferilligi
- tipik belgi-laringit sindromi kelib chiqishi
- bemor ahvolining nisbatan yaxshiligi
- qish oxiri va bahorning boshida kasallikning ko'payishi

Laboratoriya tashxisoti: Spesifik usullar: virusologik (tovuq embrionidan virusni ajratib olish) tashxisini aniq tasdiqlaydi.

Ekspress usullar: immunoferment va immunoflyuoretsent analizlar maxsus antitelo yoki fermentlar yordamida burun shilliq qavati epiteliy xujayrasidan virus antigenini ajratib olish.

Serologik usullar: (RTGA, RSK) qonda maxsus antitelolami aniqlashga qaratilgan. 10-14 kun interval bilan olingan qon zardobida maxsus antitelolar titrini 4 marta yoki undan ortishi tashxis mezoni hisoblanadi.

Adenovirusli infeksiya gripp yoki paragripp singari tez-tez uchrab, aksariyat epidemik tus olish mumkin. Epidemik davrda umumiy O'RK larning 50 % va undan ortig'ini tashkil qilsa, epidemiya bo'lmagan davrda katta yoshlilarda O'RK larning 3 % , yosh bolalarda esa 7 % tashkil qiladi.

Birinchi uch oylikdayoq adenovirusli kasalliklar bir necha marta qo'zishi mumkin. Bunga sabab adenovirus turlarining juda ko'pligi (30 dan ortiq) bo'lib, ular antigenlari bo'yicha ham farqlanadi. O'choqlarda kasallikning qaytadan avj olishi adenovirus turlari "qo'shilishidan" yoki adenovirus tiplarining almashinuvidan yuzaga keladi. Adenovirusli kasalliklarda yashirin davr uzoq bo'lib (ko'pincha 5-7 kun), paragripp singari sekinlik bilan tarqaladi. Kasallik asosan yilning sovuq vaqtlariga to'g'ri keladi. Adenovirusli kasalliklar paragrippdan farqli ravishda o'tkir boshlanib, tana harorati 38°S dan yuqori ko'tariladi. Yuqori harorat uzoq saqlanadi (10 kun va undan ortiq). Tana harorati yuqori bo'lsada grippdan farqli, bunda bemorlar ahvoli nisbatan qoniqarli bo'lib, intoksikatsiya belgilari sust rivojlangan bo'ladi. Ko'z olmasida og'riq (retroorbital) kabi toksikoz belgisi kuzatilmaydi. Lekin adenovirusli kon'yunktivitda yorug'likdan qo'rqish va ko'zda "qum borligi" hissi kuzatiladi. Shuningdek mushaklarda og'riq va ko'p terlash ham adenovirusli infeksiyaga xos emas. Ko'pincha bemorlarda ikki to'lqinli harorat egri chizig'i aniqlanadi (asoratlanmagan bo'lsa ham). Katta yoshlilarda adenovirusli kasalliklar yengil formada kechib, qisqa muddat tana haroratining subferil darajagacha oshishi bilan kechishi mumkin. Adenovirusli O'RK larda mahalliy yallig'lanish belgilari asosan adenovirusli rinofaringit, laringitda kuzatilib, yosh bolalarda hiqildoq stenozi II darajasi yuzaga kelib, soxta krup (bug'ma) rivojlanishi mumkin. Ko'pincha jarayon burun va halqum shilliq qavatini egallaydi. Adenovirusli O'RK ning o'ziga xos klinik formasi bu faringo-kon'yunktival turidir. Bunda quyidagi belgilar: tana haroratining oshishi, rinofaringit, tonzillit, periferik limfa tugunlarining kattalashishi, kon'yuktivit kuzatiladi. Adenovirusli O'RK ning faringo-kon'yuktival turining bunday o'ziga xos kechishi boshqa O'RI lar bilan qiyosiy tashxisot qilishga yordam beradi. Agar yuqoridagi belgilar bilan bemorlar O'RK epidemiyasi vaqtida aniqlansa, bu adenovirusli kasalliklarning qo'zishidan dalolat beradi. Adenovirusli kasalliklar tarqalishi sekin rivojlanib, uzoq cho'ziladi. Bunday qo'zishlar qo'shma xarakterda bo'lib, bu davrda boshqa etiologiyali O'RK lar ham aniqlanishi mumkin. Lekin ushbu holatda 50-80% hollarda adenovirus infeksiyasi aniqlanadi. Adenovirusli kasalliklardan alohida ko'zning zararlanishi kon'yunktivitlar ko'rinishida kechadi. Adenovirusli kon'yuktivit ko'pincha bir ko'zda boshlanib, bir necha kundan keyin ikkinchi ko'z kon'yunktivasi yallig'lanadi. Ikkinchi zararlangan ko'zda o'zgarishlar yaqqol bo'lmaydi. Chunki bu

paytda organizmda himoya reaksiyalari rivojlangan bo'ladi. Adenovirusli infeksiya bilan alohida ko'zning zararlanishi (respirator sindromsiz) kam uchraydi. Kattalarda bu holat keratokon'yunktivit, yosh bolalarda esa-pardali kon'yunktivit ko'rinishda uchraydi. Bunday kasalliklar O'RK larga taaluqli emas. Adenovirusli kasalliklardan so'ng zotiljam rivojlanishi grippga nisbatan kam hollarda uchrab, yosh bolalarda og'ir kechadi.

Laborator tashxisoti: Kasallikning ilk bosqichlarida immunoflyuorensensiya usulida spesifik antigenlarni aniqlash mumkin. Virus asosan burun-halqum shilliq pardasi hujayralarida aniqlanadi. Adenovirusli O'RK ni serologik tashxislashda spesifik antigen bilan RSK usuli qo'llaniladi (5-rasm). Qo'sh (juft) zardobga qon tekshiriladi (Ichisi kasallikning 5-kuni, 2 chisi 10-14 kuni olinadi). Antitelo titrining 4 va undan ortiq martagacha oshishi diagnostik muhimdir.



1-rasm. Adenovirusli infeksiya kasalligida bemorning burun halqum shilliq pardasini tekshirish

Adenovirusli infeksiyaning tayanch-tashxisot mezonlari:

- v) Epidanamnezning o'ziga xosligi;
- v) Kasallikning o'tkir boshlanishi, simptomlarining ketma-ket rivojlanishi bilan;
- v) Klinik kechishining polimorfligi, ya'ni turli xil kechishi;
- v) Kasallikning birinchi kundan kataral sindromning yaqqol bo'lishi va uning intoksikatsion sindromdan ustun turishi;
- v) Yallig'lanishning yaqqol ekssudativ xarakterdaligi;
- v) Yuqori nafas yo'llari katari simptomlarining kon'yunktivit bilan birga kelishi;
- v) Poliadenit sindromi;
- v) Gepatosplenomegaliya;
- v) Uzoq to'lqinsimon kechishi.

Respirator-sinsital infeksiya (RS) asosan yosh bolalarda uchrab, 30-70% hollarda o'tkir bronxit va bronxiolitlar, 10-30 % hollarda o'tkir zotiljam shaklida kechadi. Katta yoshlilarda RS virusli kasalliklar kam, ya'ni sporadik holda uchrab, yengil kechadi, lekin aksariyat (25 % hollarda) zotiljam bilan asoratlanadi. Asoratlanmagan RS – virusli O'RK tana haroratining 38° C gacha oshishi va sust rivojlangan umumiy intoksikatsiya belgilari bilan kechadi. Bu kasallikda asosan bronx va bronxiolalar zararlanadi. Boshqa etiologiyali O'RK larda ham bronxitlar yuzaga kelishi mumkin, lekin bularda RS – virusli kasalliklardan farqli ravishda, bir necha kundan keyin bronxlar zararlanishi mumkin. RSI kasalliklarda esa kasallikning ilk kunlaridan bronxlar zararlanib, tez orada jarayon bronxiolalarni ham egallaydi.

Kasallik yaqqol nafas olish sistemasidagi o'zgarishlar (sianoz, hansirash, quruq hushtaksimon va ho'l kichik pufakchali xirillashlar) bilan kechadi. Kattalarda nafas yetishmovchiligi va sianoz kuzatilmaydi. Lekin kasallikning birinchi kundan bronxial o'tkazuvchanlik buzilishi bilan kechadigan bronxit bilan boshlanadi. Hatto zotiljam bilan asoratlanmagan bo'lsa ham kasallikning davomiyligi boshqa O'RK larga nisbatan uzoqdir. Bu kasallikning klinik kechishi yosh bolalarda ham, kattalarda ham o'ziga xosdir. Tashxisni tasdiqlashda burun-halqumdan olingan surtmani immunoflyuorensensiya usulida spesifik antigenlarga tekshirish (ekspress-metod) va serologik usulda tekshirish (RSK spesifik antigen bilan) muhimdir. Antitelolar titrining 4 va undan ortiq martaga oshishi tashxisda ahamiyatlidir.

RS – infeksiyaning tayanch-tashxisot mezonlari:

- v) epid anamnezning o'ziga xosligi;
- v) kasallik ko'pincha 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchrashi;
- v) kasallik asta-sekin boshlanishi;
- v) intoksikatsion sindromning sust rivojlanganligi;
- v) tana harorati – subferilligi;
- v) kam rivojlangan kataral sindrom;
- v) respirator traktning pastki qismlarning ko'proq zararlanishi (bronxiolit, obstruktiv bronxit);
- v) yaqqol nafas yetishmovchiligi va uning dinamikada tez yaxshilanishi;
- v) nafas yo'llari pastki qismlari zararlanishi og'irligining isitma darajasi bilan mos kelmasligi, ya'ni yaqqol nafas yetishmovchiligida tana haroratining subferil darajagacha ko'tarilishi.

Davosi. Gripp va O'RVI bilan kasallangan bemorlar odatda uyda davolanadi. Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar kasallikning og'ir va asoratli kechishi, noqulay premorbid fon hisoblanadi. Butun isitma davrida yotoq rejimi buyuriladi. Achchiq va qovurilgan ovqatlarsiz parhez. Kuniga 2 litrgacha ko'p miqdorda suv

ichish (asalli choy, malina, shipovnik damlamasi, sharbatlar, kompotlar). Bundan tashqari, askorbin kislotasi buyuriladi. Etiotrop terapiya adamantan qatori (rimantadin) preparatlari bilan amalga oshiriladi. Rimantadin kasallikning dastlabki 2 kunida qo'llanganda gripp A virusi shtammlariga qarshi samarali bo'ladi. Sxema bo'yicha ko'p miqdorda suv bilan ovqatdan keyin ichiladi: 1-kun – 300 mg dan uchta bo'lingan dozada; 2 va 3 kun – ikki bo'lingan dozada 200 mg; 4-kun – bir vaqtning o'zida 100 mg. Bolalardagi grippni davolash uchun siropdagi 0,2% rimantadin eritmasi (Algirem) ishlatiladi – yoshga ko'ra dozalash rejimiga muvofiq 4 kunlik davolash kursi. A va B serotiplari viruslariga nisbatan, neyraminidaza ingibitorlari guruhining dorilari (oseltamivir – kuniga 150 mg ikki dozada 5-7 kun davomida) va indollar guruhi (arbidol – kuniga 3 marta 200 mg dan 5-7 marta) samarali. Arbidol interferonni qo'zg'atuvchi, immunomodulyator va antioksidant xususiyatlarga ega.

– Grippni davolash uchun interferonlar ham ko'llaniladi (inson leykotsitar interferoni, alfa-2 interferon) va interferon induktorlari (tiloron, sikloferon, kagotsel, rodostin) ham qo'llaniladi. Amiksin (tiloron) sxema bo'yicha qo'llaniladi: 1 va 2 kunlarda 0,125 mg / kun, keyin har 48 soatda 125 mg (kurs dozasi 750 mg, 6 tabletka).

– Yo'tal bilan kurashish uchun mentol, natriy bikarbonat, evkalipt bilan ingalyatsiyalar qo'llaniladi. Aerozollardan foydalanish qulay (ingalipt, kameton). Kodterpin, libeksin, bronxikum aralashmalardan foydalanish tavsiya qilinadi. Intoksikatsiya bilan gipertermiyada «Koldreks», «Ferveks», «Panadol», «Aspirin» preparatlari qo'llaniladi (qarshi ko'rsatmalarni hisobga olgan holda). Kasalxonada dezintoksikatsion, infuzion terapiya o'tkaziladi. Ko'rsatmalarga ko'ra, asoratlarning tabiatiga qarab (miya shishi, o'pka shishi, yurak-qon tomir yetishmovchiligi, laringostenoz, buyrak yetishmovchiligi va boshqalar) simptomatik davolash amalga oshiriladi. Ko'rsatmalarga muvofiq kardioprotektiv preparatlar, diuretiklar, prednizolon va boshqalar qo'llaniladi. Antibakterial preparatlar (yarim sintetik penitsillinlar, sefalosporinlar, ftorxinolonlar va boshqalar) faqat bakterial asoratlar yoki surunkali yallig'lanish jarayonlar qo'shilganda buyuriladi.

Profilaktikasi. Nafas yo'llari infeksiyalari bilan kasallangan bemorga alohida idish tovoq, sochiq ajratiladi. Bemor yotgan xonaga boshqalar imkoni boricha kirmasligi kerak. Epidemiya vaqtlarida ko'pchilikning bir joyga yig'ilishi ta'qiqlanadi. Mashg'ulotlar orasida vaqt uzaytirilib, zallar shamollatib qo'yiladi. Pollar tegishli eritmalar bilan artib tozalanadi. Transportda, savdo sotiq tashkilotlari, davolash muassasalarida ishlaydigan xodimlar doka niqob tutib olishlari kerak. Ko'pchilik to'planadigan joylar (vokzallar, avtostansiyalar va b.) vaqti vaqti bilan tozlanib, 2 % li xlorli ohak eritmasi bilan dezinfeksiya qilib turiladi. Hozirgi kunda grippga qarshi faol immunizatsiya qilish uchun tirik va faolsizlantirilgan grippga qarshi vaksina qo'llaniladi. Buning natijasida kasallanish taxminan 2-3 baravar kamayadi. Epidemiyalar davrida profilaktika maqsadida grippga qarshi gamma globulin va interferon ishlatiladi. Gripp yuqmasligi uchun burun ichiga oksolin malhami surtish, uyquga yotish oldidan bir tabletka rimantadin ichish tavsiya etiladi.

To'g'ri tashkil etilgan jismoniy tarbiya, sayr qilish, artinish va b.) katta ahamiyatga ega. Gripp kasalligi asoratlari haqida aholi orasida tushuntirish ishlarini olib borish muhim ahamiyatga ega.

QIZAMIQ

Qizamiq – o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, viruslar tomonidan chaqiriladigan va kataral sindrom, ekzantema, zaharlanish belgilari bilan kechadigan kasallik hisoblanadi.

Etiologiyasi. Qizamiqni paramiksoviruslar oilasiga kiruvchi RNK tutuvchi virus qo'zg'atadi. Bu virus tashqi muhit ta'siriga chidamsizdir. Tadqiqotchilar qizamiq kasalligini o'rganish davrini uchga bo'ladilar:

- a) antibiotiklarni qo'llashgacha bo'lgan davr;
- b) antibiotiklarni qo'llash davri;
- v) qizamiqqa qarshi emlash davri.

Qizamiq virusni birinchi bo'lib amerikalik olimlar Endere va Pibilislar ajratib oladilar va qizamiq viruslarini to'qimalarda o'stirish usulini ishlab chiqadilar. 1938 yilda Rossiyada A.A.Smorodinsev va xodimlari qizamiq virusni bemorning qonidan va burun-tomoq shillig'idan ajratib oladilar. Shuning natijasida Rossiyada ham qizamiqqa qarshi vaksina ishlab chiqildi. Qizamiq virusi 120-250 nm kattalikda bo'lib, RNK si va lipoproteid pardasi bor. Virusning infeksiyon, gemoliz qiluvchi, gemagglutinatsiyaga kiruvchi va komplementni bog'lovchi xossalari bor. Virus antibiotiklar, sulfanilamidlar ta'siriga chidamli. Qizamiq virusi organizmga kirganda organizm unga qarshi antitanachalar ishlab chiqaradi. Qizamiqning kataral davridan boshlab toshmalar toshishining birinchi kunigacha qondan, tomoq-burun shillig'idan, ko'z yoshidan, orqa miya suyuqligidan ajratib olish mumkin.

Epidemiologiyasi. Avvalo shuni aytish kerakki, qizamiq kasalligining manbai, qizamiq bilan og'rikan bemor bo'lib, u kasallikning dastlabki belgilari paydo bo'lgandan boshlab, kasallikning 5 kunigacha atrofdagilar uchun xavfli hisoblanadi. Agarda zotiljam qo'shilgan bo'lsa kasallikning 11 kunigacha qizamiqning yuqish xavfi saqlanadi. Qizamiq viruslari sog'lom bolalarga bemor yo'talganda, aksirganda havo-so'lak tomchilari orqali yuqadi. Yuqumlilik darajasi 95% ni tashkil qiladi. Onalari ilgari qizamiq bilan kasallangan chakaloklar 3 oylik bo'lguncha qizamiq bilan kasallanmaydilar, chunki onalaridan immunitet bolalariga o'tadi. Qizamiq bilan kasallanish ko'proq 1 yoshdan 8 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida uchraydi. Qizamiqqa qarshi emlangan bolalar organizmida immunitet borligi sababli uzoq vaqt kasal bo'lmaydilar. Ayniqsa yilning kuz-qish fasllarida qizamiq ko'proq kuzatiladi. Virus tashqi muhit ta'siriga chidamsiz bo'lgani uchun uy-ro'zg'or asboblari orqali, uchinchi shaxs orqali, o'yinchoklar orqali boshqalarga yuqmaydi. Bemorlar tuzalish

davrida atrofdagilarga epidemiologik jihatdan xavfli emaslar. Antibiotiklar qo'llashdan oldingi davrda qizamiq bilan bolalar va kattalar ham kasal bo'lganlar. Bu davrda bemorlar orasida qizamiqdan va uning asoratlaridan o'lim ko'p bo'lgan. Qizamiq asoratlarini tekshirish jarayonida asoratlarni ko'proq streptokokklar, stafilokokklar, pnevmokokklar qo'zg'atganligi aniqlanilgan. Qizamiqni o'rganishdagi 2 davr – bu sulfanilamidlarni, antibiotiklarni qo'llashdan boshlanib, emlashni qo'llashgacha bo'lgan davmi o'z ichiga oladi. Sulfanilamidlarni, ayniqsa antibiotiklarni qo'llash qizamiq asoratlarini va o'limni bir necha o'n barobar kamaytiribgina qolmay, asoratlarning og'irligini kamaytiradi. Uchinchi davr – bu (1960 yildan boshlanib) davrda qizamiqqa qarshi emlash boshlandi. Emlashni keng qo'llash 1967 yillarga to'g'ri kelib, qizamiq kasalligining keskin kamayishiga olib keldi.

Patogenezi. Tadqiqotchilarning kuzatuvini shuni ko'rsatadiki, qizamiq kasalligida ko'proq zararlanadigan tizimlar – bu asab, nafas olish va oshkozon-ichak tizimlari hisoblanadi. Shu bilan birga, qizamiq kasalligida mahalliy va umumiy immunitet pasayadi. Qizamiq virusining organizmga kirish darvozasi yuqori nafas yo'llarining shilliq pardasi bilan ko'zlarning kon'yunktivasi hisoblanadi. Viruslar shilliq pardalarga kirib ko'payadi va limfa yo'llari orqali limfa tugunlariga kirib ko'payadi. Keyinchalik yashirin davrning 3-kunlaridan boshlab, viruslar qonga o'tadi – virusemiya kuzatiladi. Virusemiyaning boshlanish davrida qondagi viruslarning miqdori kamroq bo'ladi. Keyinchalik yashirin davrning o'rtalarida va oxirida qondagi viruslarning miqdori juda oshadi. Viruslar retikulo-endotelial tizim hujayralarida, mononuklearlarda, limfatik tugunlarda, qora taloq va jigarda har xil to'qimalardagi limfatik follikulalarda, suyaklarning ko'migida ko'payadilar. Zararlangan to'qimalarda retikulyar, hamda limfoid elementlar ko'payadi va ko'p yadroli gigant hujayralar paydo bo'ladi. Qon tekshirilganda leykotsitlar ko'payganligi aniqlanadi. Qizamiqning kataral davrida virusemiya juda ham oshadi va patologik jarayonga markaziy nerv tizimi va nafas yo'llarining shilliq qavatidan tashqari, biriktiruvchi to'qimalar, me'da-ichak tizimining shilliq qavatlarini ham qo'shiladi. Hujayralarda distrofik o'zgarishlar, ayrim o'choqlarda nekrotik jarayon kuzatiladi. Shuning natijasida nekrozga uchragan hujayralar ajralib, ekskretlar orqali tashqi muhitga chiqadi. Shu davrda kasallik klinikasida og'iz, tomoq, burun-yutqun, traxeya, bronxlarda o'tkir yallig'lanish, kataral belgilar namoyon bo'ladi. Og'izning shilliq pardasida qizamiq uchun xos bulgan belgi – Filatov-Koplik belgisi kuzatiladi. Shuni ta'kidlash lozimki, viruslarni toshma toshish davrining birinchi 4 kunligida aniqlash mumkin. Toshma toshishining 3-kunidan boshlab qizamiqning tuzalish davriga o'tadi. Bu qondagi va hujayradagi viruslarning tez kamayishi qonda yirusga qarshi antitanachalarning keskin ko'payishi, retikulyar va limfoid hujayralarda proliferatsiya jarayoni sezilarli darajada oshishi bilan namoyon bo'ladi. Qondagi hujayralar tarkibi

normal holatiga qaytadi. Shunday qilib limfoid to'qimalarning butun retikulo-endotelial tizimi qizamiq viruslari bilan zararlangani oqibatida qizamiq kasalligida immunitetning pasayishiga olib keladi. Shu bilan birga markaziy nerv tizimining zararlanishi, xususan, uzunchoq miya yadrolari atrofidagi hujayralarga virusning ta'siri natijasida immunitetning nozik jarayonlariga ta'sir qilib, immunitetning pasayishiga olib keladi. Nervlarning trofik faoliyati ham buziladi.

Klinik tasnifi.

1. Tipik qizamiq;

2. Atipik qizamiq;

Tipik qizamiqda barcha simptomlar xarakterli yaqqol namoyon bo'ladi. Tipik qizamiq og'irligiga qarab:

Yengil

O'rtacha og'ir

Og'ir turlarga bo'linadi.

Atipik qizamiqda asosiy belgilar yashirin yoki umuman bo'lmaydi. Atipik qizamiq bo'linadi:

1. Mitigirlangan;

2. Emlanganlardagi;

Qizamiqni ba'zi davrlari davomiyligi buzilgan bo'lishi mumkin – toshma davri qisqarishi, kataral davrning bo'lmasligi, toshmalarning etapli toshishining buzilishi. Mitigirlangan qizamiq inkubatsion davrida immunoglobulin olgan bemorlarda kuzatiladi. Ba'zan bunday bemorlarda Filatov – Belskiy – Koplik dog'lari bo'lmaydi, toshma rangpar, mayda va kam bo'ladi (ba'zan bir nechta element), toshma toshish etapliligi buziladi. Kataral belgilar juda sust namoyon bulgan yoki umuman bo'lmaydi. Mitigirlangan qizamiqda asoratlar kuzatilmaydi. Qizamiqning yashirin shakli ko'pincha 6 oygacha bo'lgan bolalarda uchraydi, ularda kasallik onasidan o'tgan passiv imunitet fonida kechadi. Atipik agressiv simptomli qizamiq (gipertoksik, gemorragik, yomon sifatli) holatlarni kiritish mumkin. Ular juda kam uchraydi. Tirik qizamiq vaktsinasi bilan emlanganlar qonida antitelalar hosil bo'ladi, hosil bo'lmagan bo'lsa ularda qizamiqning barcha xususiyatlarini saqlagan holda tipik kechadi.

Klinikasi. Qizamiq klinikasi birinchi bo'lib IX asrda Ar-Roziy ta'riflab berib, chinchechak kasalligi bilan qiyoslab bergan. Keyinchalik XVII asrda Forrestius va Sydenham lar qizamiqning klinikasini ta'riflab berganlar. Panum XIX asrda qizamiqning epidemiyasini Farer orollarida kuzatib, barcha klinik belgilarini va epidemiologiyasi haqidagi ma'lumotlarni qoldirgan. Keyinchalik N.F.Filatov qizamiqning klinik belgilarini va ayrim shaxslarda o'ziga xos belgilar bilan kechishini yozib qoldirgan. Qizamiqning klinik kechishi 4 ta davrga ajratiladi:

– yashirin yoki inkubatsion davri;

- kataral davri;
- toshmalar toshish davri;
- tuzalish davri.

Yashirin davri 9 kundan 17 kungacha davom etadi. Immunoglobulin olgan bolalarda esa 21 kungacha cho‘zilishi mumkin. Kataral davri o‘rtacha 3-4 kun davom etadi, ayrim bemorlarda 1 kundan 6 kungacha cho‘zilishi mumkin. Qizamiqning kataral davrida ko‘zlarning shilliq pardalarida, yuqori nafas yo‘llarida kataral yallig‘lanish jarayoni kuzatiladi. Kataral yallig‘lanish belgilari bilan birga isitma ko‘tariladi, holsizlik, bosh og‘rishi kabi intoksikatsiya belgilari ham namoyon bo‘ladi. Intoksikatsiya belgilari bilan yo‘tal, aksa urish, burundan shilliq kelishi, ko‘zlardan yosh oqishi kabi belgilar toshma toshish davriga kelib avjga chiqadi. Bemorda tez-tez aksirish, burundan ko‘p suyuqlik ajralishi, ovoz bo‘g‘ilishi va quruq yo‘tal kuzatiladi. Yorug‘likdan ko‘zlari achishadi, yoshlanadi, konyuktivalari qizarib ketadi, qovoqlari shishib, bo‘rtib turadi. Umumiy ahvoli keskin o‘zgaradi, bola bezovta, injiq, yomon uxlaydi, lanj, ishtahasi susayadi. Dastlab kasallik boshida ichi suyiladi, qorinda og‘riq paydo bo‘ladi. Juda og‘ir holatlarda kasallikning birinchi kunlaridan boshlab umumiy intoksikatsiya belgilari keskin namoyon bo‘ladi, talvasa va hushdan ketishi kuzatilishi mumkin. Bemorlarni ko‘rganda tomoq shilliq pardalarining va yutqunning orqa devori qizarishi kuzatiladi. Toshmalar toshishidan 1-2 kun oldin lunjlarning shilliq pardasida oq rangli qizil gardish bilan o‘ralgan dog‘lar paydo bo‘ladi. Bu dog‘larni Filatov-Koplik dog‘lari deb ataladi va qizamiq kasalligining kataral erta tashxisoti uchun xos belgi hisoblanadi. Bundan tashqari, bemorlarning ishtahasi pasayadi, ichi suyuk ketishi mumkin. Toshmalar toshish davri kasallik boshlanishining 4-5 kundan boshlanadi va 3 kun davom etadi. Bu davrda intoksikatsiya belgilari maksimal darajada rivojlanadi – tana harorati 39,5-40° C gacha ko‘tariladi, holsizlik kuchayadi, boshi og‘riydi, ishtaha keskin pasayadi, yo‘tal tez-tez bo‘lib, ayrim bemorlarning ovozi bo‘g‘iqroq chiqadi. Og‘izni ko‘rganda shilliq pardalar qizarib, toshma toshishining 1-2 kunlarida Filatov-Koplik simptomi borligi aniqlanadi, yurak-qon-tomir tizimida ham o‘zgarishlar bo‘ladi: taxikardiya, yurak tonlarining bo‘g‘iqligi, ayrim bemorlarda arterial bosim pasayadi, EKG da yurak mushaklarida distrofik o‘zgarishlar borligini ko‘rsatadi.



2-rasm. Qizamiqda toshma toshish davri 3-kuni.

Qizamiq kasalligida toshma toshish davri kasallikning 4-5 kunidan boshlanadi va dog'li-papulyoz toshmalar paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Toshma toshish davrining birinchi kunida toshmaning birinchi elementlari quloq orqasida, burunda mayda pushti dog'lar shaklida paydo bo'ladi. Tezda o'lchamlari kattalashadi, bir-birlari bilan ba'zan qo'shiladi, noto'g'ri shaklga ega bo'ladi. Toshma elementlari miqdori juda tez ko'payadi, birinchi sutka oxirida butun yuz va bo'yinni qoplaydi, ko'krak va tana yuqori qismida alohida elementlar shaklida bo'ladi. Ikkinchi sutkada butun tanani va qo'lning yuqori qismini toshma qoplaydi, uchinchi kunda oyoq va qo'llarda tarqaladi. Toshmalar toshishining 3-kunidan yuzdagi toshmalarning rangi biroz o'chadi va asta-sekin pigmentatsiyaga aylanadi. Toshmalar bosqichma-bosqich ranglari o'chadi, keyinchalik biroz ko'karadi va pigmentatsiyaga aylanadi, pigmentlar qo'ng'ir rangda bo'ladi. 7-10 kun o'tgandan so'ng, pigmentlar yo'qolib, epidermisning deskvamatsiyasi kuzatiladi; bular mayda-mayda, kepaksimon bo'ladi. Toshmaning etapli toshishi – qizamiq uchun muhim diagnostik ahamiyatga ega. Toshmalar terida qizil dog'lar, yoki dog' va papulalar kattalashib, bir-biriga qo'shiladi. Dog'lar har xil shaklda bo'ladi. Qizamiqda toshma oyoq – qo'lning ichki va tashqi yuzasini bir tekisda qoplaydi. Toshmaning birinchi kunida tana harorati kataral davridagiga nisbatan yuqori bo'ladi. Toshma toshishidan 1-2 kun oldin u bir qancha tushadi va toshmaning birinchi kuni yangi ko'tarish kuzatiladi, ikki bukrilik hosil qiladi. Toshma toshish davrida harorat yuqoriligicha saqlanadi. Bemor siydigi tekshirilganda oliguriya, silindruriya va biroz oqsil borligi aniqlanadi. Nafas olish tizimida traxeobronxit belgilari va rentgenografiyada o'pka tomirlarning kengayganligini qayd qilinadi. Erta yoshdagi bolalarda dispeptik belgilar bo'lishi mumkin. Qon tekshirilganda leykopeniya, eozinofillarning, monotsitlarning kamayganligi va ECHT ning biroz oshganligi namoyon bo'ladi. Bemorning yuzi shishgan, qip-qizil dog'simon toshma bilan qoplangan bo'lib, qovoqlari biroz shishadi, lablari quruq, yorilgan bo'ladi. Bu davrda bemorlarning ahvoli qoniqarli bo'lib, isitma normallasadi, ishtaha ochiladi, uyqu yaxshilanadi, yuqori nafas yo'llaridagi yallig'lanish belgilari va toshma toshishining 7-9 kunlarida butunlay yo'qoladi. Qizamiq kasalligi og'irligi, kasallik kechishi va turiga qarab aniqlanadi. Tipik qizamiq shu kasallik uchun xos bo'lgan belgilar bilan kechadi. Atipik qizamiqda ayrim belgilar yo'qligi bilan xarakterlanadi.

Kasallik kechishi: og'irligi bo'yicha kasallikning 3 xil shakli ajratiladi:

- * yengil;
- * o'rta og'ir shakli;
- * og'ir shakli.

Kechishi bo'yicha asoratsiz kechishi va asoratli kechishiga ajratiladi. Bulardan tashqari, qizamiqqa qarshi emlanganlardagi qizamiq ham farqlanadi. Qizamiqning

tipik turida kasallik siklik kechadi va davrlarning ketma-ket kelishi bilan ajralib turadi.

Atipik qizamiqda *abortiv, mitigirlangan, bilinar-bilinmas va simptomsiz shakllari* ajratiladi. Bu turdagi qizamiq (7% gacha) kam uchraydi. Atipik turdagi qizamiq kasallikning yashirin davrida immunoglobulin yoki qon va uning preparatlarini olgan odamlarda rivojlanadi. Atipik qizamiqda yashirin davr 21 kungacha cho'ziladi. Kasallikning ayrim davrlari qisqaradi yoki bo'lmaydi va yengil o'tadi. Qizamiqning kataral davri 1-2 kunni tashkil etadi va kataral belgilar bilinmas-bilinmas darajada, intoksikatsiya belgilari kam rivojlangan, kasallik 1-2 kun davom etadi. Toshma toshishining bosqichli bo'lishi buziladi va toshmalar mayda dog'li, ko'p emas, pigmentatsiya davri ham qisqaradi. Og'iz shilliq pardasida Filatov-Koplik belgilari bo'lmaydi. Kasallikning atipik shakli mitigirlangan yoki abortiv ko'rinishida uchraydi. Abortiv shaklining boshlanishi tipik holdagidek bo'lib, toshma toshishining 1-2 kunida toshma toshishi to'xtaydi. Qo'l-oyoqlar toshmadan xoli bo'ladi. Pigmentatsiya rangsiz bo'lib (1-3 kun) isitma toshma toshishining birinchi kunida kuzatiladi. Mitigirlangan qizamiq yengil o'tadi. Boshqa kasalliklarning davosi uchun kortikosteroid gormonlarni olgan bemorlarda qizamiq yengil o'tadi: intoksikatsiya simptomlari yaqqol namoyon bo'lmaydi, kataral belgilar sust ifodalangan, tana harorati oshmaydi. Toshmalarning toshishida bosqichlilik saqlanadi.

Lekin toshmalar ko'p bo'lmaydi va pigmentatsiya ham kuzatiladi. Ushbu bemorlarda bakterial infeksiyaning qo'shilishi va asoratlarning rivoji kasallikning boshlaridan kuzatiladi. Qizamiqni yengil shaklida intoksikatsiya belgilari kam rivojlangan, umumiy ahvoli qoniqarli darajada, isitmaning ko'tarilishi $37,5-38,5^{\circ}$ C gacha, toshmalar ko'p bo'lmaydi. O'rta og'irlikdagi qizamiqda isitma yuqori darajada bo'lib, 39° C gacha ko'tariladi, bemorning uyquasi buziladi, kechalari alahsirashi mumkin. Bemorning umumiy ahvoli o'zgarib, qusish, ich ketishi kuzatiladi. Toshmalar quyuc bo'lib, dog'li papulyoz shaklida, bir-biriga qo'shib, qip-qizil rangda bo'ladi. Qizamiqning og'ir shaklida intoksikatsiya belgilari keskin rivojlangan bo'ladi va talvasalar bo'lishi, hushdan ketish, ketma-ket qusish, isitmaning 40° C va undan yuqori ko'tarilishi kabi simptomlar namoyon bo'ladi. Agar zotiljam kasalligi qo'shilsa, lablari ko'kargan, nafas tezlashadi, toshmalar ham ko'kimtir tus oladi. Shu bilan birga o'pka eshitilganda ho'l, mayda pufakchali xirillashlar eshitiladi, hamda perkussiyada perkutor tovush bo'g'iq bo'ladi. Olimlarning kuzatishi shuni ko'rsatdiki, kasallikning yengil turi 30-40% ni, og'ir turi 3-5% va o'rta og'irlikdagi turi ko'pchilikni tashkil etadi. Qizamiq kechishi bo'yicha tekis (asoratsiz) va asoratlar bilan kechishi mumkin.

Asoratlari. Kasallik asoratsiz kechganda toshma toshish davrining oxirida isitma me'yorlashadi, intoksikatsiya belgilari yo'qoladi, kataral simptomlar keskin kamayadi. Qizamiq asoratlar bilan kechganda zotiljam yoki boshqa kasalliklar

qo'shib, bemorning holati og'irlashadi. Asoratlar ko'proq erta yoshdagi bolalarda uchraydi. Katta yoshdagi bolalarda esa boshqa surunkali kasalliklar ham avj olishi mumkin. Qizamiqda asoratlar erta qo'shilishi yoki pigmentatsiya davrida – kech qo'shilishi mumkin.

Qizamiqqa xos bo'lgan asoratlar: laringitlar, traxeitlar, bronxitlar, zotiljam, diareya. Bular qizamiqning asosiy simptomlari bilan barobar rivojlanadi. Ko'pincha kasallik asoratlari nafas a'zolari tomonidan kuzatiladi.

1. Laringit va laringotraxeit. Laringit va laringotraxeit asosan prodromal davrda paydo bo'ladi va toshma toshishi bilan yo'qoladi. Ularning sababchisi qizamiq virusi bo'lib, jarayon kataral xarakterga ega. Nekrotik, fibrinoz – nekrotik, yarali laringit va laringotraxeit pigmentatsiya davrida vujudga keladi, lekin kasallik boshlanishida ham bo'lishi mumkin. Ular uzoq muddatli, ba'zan to'liqinsimon kechadi, afoniya va hiqildoqning yaqqol stenozini bilan namoyon bo'ladi. Bu virus – bakterial asoratdir.

2. Zotiljam. Qizamiqda o'pkaning yallig'lanishi barcha davrlarda rivojlanishi mumkin. Erta zotiljam, prodromal davrda rivojlanadi, qizamiq virusi chaqirgan limfa va qon aylanishi buzilishi bilan bog'liq. O'pkadagi o'zgarishlarni aniqlash qiyin, shu o'zgarishlar hisobiga bemorlar o'pkasi "qizamiq o'pka" deb nomlanadi.

Erta paydo bulgan zotiljam juda og'ir kechishi bilan farqlanadi. Bunda MNS va YuKT shikastlanadi. Bunda o'pkadagi fizikal o'zgarishlar yaqqol bo'lmasligi mumkin. Chunki bronxopnevmoniya o'choqli shaklda kechadi. Kechki zotiljam toshma pigmentatsiyasi davrida (toshma toshgach 4-5 kundan keyin) paydo bo'ladi. Bemorning 1-2 kun davomida tana harorati normallasgach, u yana ko'tariladi, umumiy ahvoli yomonlashadi. Hansirash, sianoz va o'pkada fizikal o'zgarishlar paydo bo'ladi. Qizamiqdagi zotiljam sekin kechishi bilan farqlanadi va absesslanishiga moyil bo'ladi. Hozirgi vaqtda antibiotiklarning o'z vaqtida qo'llanilishi zotiljamning silliq kechishi va tuzalishini taminlaydi. Eng ko'p va juda og'ir zotiljam 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. Qizamiq zotiljamidan o'lim 2 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida kuzatiladi.

3. Meningit va meningoensefalit. Meningit, meningoensefalit, serozli yoki yiringli meningit tarzida uchraydi. Og'ir kechishi va o'lim bilan tugashi mumkin. Alohida holatlarda qizamiq asorati ensefalomielit bo'lishi mumkin. Paraplegiya yoki orqa miyaning boshqa shikastlanish belgilari bilan birga namoyon bo'ladi.

4. Otit. Otit – eng ko'p uchraydigan qizamiq asoratidir. Oxirgi yillarda faqat kataral otit ko'p uchrayapti. Yiringli otit kam uchraydi. Otitlar ko'pincha qizamiq pigmentatsiya davrida paydo bo'ladi.

5. Stomatit. Stomatit – qizamiqda kataral yoki aftoz bo'ladi. Ovqatlanishi buzilgan va avitaminoz sababli kuchsizlangan bolalarda nekrotik yoki yarali stomatit rivojlanadi. Gangrenozli stomatit (noma) oxirgi yillarda uchrayapti.

6. Kolit va enterokolit. Kolit va enterokolit pigmentatsiya davrida ikkilamchi mikrob flora qo'shilishidan, yani shartli patogen (shigella, patogen netik turidagi zamburuglar, stafilokokklar, enterokokk) qo'shilishidan vujudga keladi. Qizamiqda kam uchraydigan asorat diareya hisoblanadi.

7. Keratit. Avitaminoz belgilari bo'lgan bolalarda, ayniqsa ko'zga yomon parvarish bo'lganda uchraydi.

8. Stafilodermiya yoki streptodermiya. Bu asoratlarda yomon sanitar gigiyenik sharoitlarda yashovchilarda uchraydi.

Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda kechishi. 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda qizamiq kuzatilmaydi, chunki onasidan transplacentar yo'l bilan o'tgan antitelalar hisobiga kasallanmaydilar. Agar onasi qizamiq bilan kasallanmagan bo'lsa, bola birinchi kundan kasallanishi mumkin. Homila rivojlanishining erta bosqichlarida qizamiq virusi bilan transplacentar yo'l orqali zararlansa, kasallik o'tkir osti sklerozlanuvchi panensefalit shaklida namoyon bo'ladi.

Agar zararlansin homiladorlikning oxirgi haftalarida yuz bersa, u holda bola qizamiq belgilari bilan tug'ilishi yoki birinchi kundan kasallik belgilari namoyon bo'lishi mumkin. Tug'ma qizamiq tashxisini qo'yish juda qiyin. Chunki kasallik klinik belgilari yashirin yoki kuchaytirilgan shaklda uchrashi mumkin. Tashxis qo'yish epidemiologik anamnezga asoslanadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloq immunologik tolerantlik hisobiga virus neytrallovchi antitelalar hosil bo'lmasligi mumkin.

Tashxisoti. Qizamiq tashxisoti avvalo kasallik klinikasiga, epidemiologik anamneziga va kamdan-kam holatlarda laboratoriya tekshirishlarga asoslanib qo'yiladi. Klinikada kasallik anamnezi yaxshilab o'rganiladi va bemor sinchkovlik bilan ob'ektiv tekshiriladi. Filatov-Koplik simptomi hal qiluvchi ahamiyatga ega, u kasallikda toshmalar toshishidan 1-2 kun oldin paydo bo'ladi. Yuqori nafas yo'llaridagi, ko'zdagi kataral belgilar bilan birga navbatma-navbat quloq orqasi, yuzdan boshlab toshmalarining toshishi va ularning makulo-papulyez ko'rinishda bo'lishi tashxisot uchun katta ahamiyat kasb etadi. Qizamiq kasalligining tashxisotida epidemiologik anamnezning ham ahamiyati bor. Laboratoriyadagi tekshirishlar:

- a) qonning umumiy tahlili;
- b) burun-tomoqdan ajralayotgan shilliqni sitologik tekshirish;
- v) virusologik tekshirish;
- g) qonni serologik tekshirish.

Qonning umumiy tahlilida kasallikning boshlanishida leykopeniya, neytropeniya, limfotsitoz va toshma davrida leykopeniya yanada rivojlanadi. Shu bilan birga eozinofiliya, monotsitopeniya, ECHT biroz oshishi kuzatiladi. Burundan ajralayotgan shilliq sitologik tekshirilganda qizamiq uchun xos bo'lgan ko'p yadroli

gigant hujayralar aniqlanadi. Virusologik tekshirish murakkab va uzoq vaqt talab qilgani uchun kam qo'llaniladi.

5-7 kun interval bilan olingan bemor zardobida juft zardoblar qizamiq antitelolari titri 4 va unda yukori barobar bulsa, maxsus diagnostik test ijobiy hisoblanib, tashxis tasdiqlanadi

Serologik reaksiyalardan RPGA va RTGA qizamiqning tashxisotida keng qo'llaniladi. Kasallikning tezkor tashxisoti uchun esa immunoferment tekshirish usulidan ham foydalaniladi.

Qiyosiy tashxisoti.

1. Qizamiqning kataral davrida o'tkir respirator infeksiyalar bilan taqqoslanadi. O'tkir respirator virusli kasalliklarda o'tkir boshlanib, ko'z qovoqlarining shishishi, yorug'likni yoqtirmaslik kabi simptomlar bo'lmaydi. O'RVI larda intoksikatsiya belgilari tez rivojlanadi, lunjning shilliq pardalari och-qizil rangda va Filatov-Koplik dog'lari, yumshoq tanglayda enantemalar bo'lmaydi. Qizamiqda og'izdagi shilliq pardalar qip-qizil rangda, yumshoq tanglayda enantemalar bo'lib, lunjning shilliq pardalarida oq dog'chalar, qizil gardish bilan o'ralgan Filatov-Koplik dog'lari bo'ladi.

2. Qizamiqning toshma toshgan davrida qizilcha bilan qiyosiy tashxis o'tkaziladi. Qizilchada toshma badanning hamma joyida birdaniga toshadi va toshmalar mayda bo'lib, bir-birlari bilan qo'shilmaydilar, hamda pigmentatsiya qoldirmaydi, intoksikatsiya va kataral belgilar sust namoyon bo'ladi.

3. Enterovirus infeksiyasida toshmalar harorat normal holatda bo'lganda ham toshadi. Toshma bosqichli toshmaydi, yuqori nafas yo'llarida kataral o'zgarishlar kam namoyon bo'ladi va bunda asosan mialgiya belgilari kuzatiladi. Shu bilan birga enterovirus infeksiyasida jigarning kattalashishi, miokardit kabi holatlar namoyon bo'ladi.

Davosi. Quyidagicha rejim tavsiya etiladi:

1. Yaxshi sog'lom sharoit yaratish;
2. Bemor parvarishini tashkillashtirish;
3. Ochiq havodan foydalanish;
4. To'g'ri ovqatlantirish.

Qizamiq bilan og'rigan bemorlar tezda izolyatsiya qilib, ikkilamchi infeksiya yuqishidan himoya qilinadi. Bemorlarni 1-2 joyli bokslarga yotqizish lozim. Yotoq tartibi belgilanib, tez-tez xona havosi shamollatib turiladi. Qizamiq avjga olgan davrida sutli taomlar, bo'tqalar, kartoshkali pyure, kisel, kefir va vitaminlar yetarli darajada beriladi. Intoksikatsiya belgilari kamaygandan so'ng pishgan yoki bug'da tayyorlangan qiymali go'sht beriladi. Agarda ich ketish kuzatilsa, me'da-ichak kasalliklaridagidek parhezga o'tiladi. Qizamiq og'ir va asoratli kechishida, uy sharoitida ularni parvarish qilishga imqoniyat bo'lmagan hollarda bemorlar

kasalxonaga yotqiziladi, shuningdek yopiq bolalar muassasalarida va 1yoshgacha bo'lgan bolalar ham kasalxonalarga yotqiziladi. Yotoq tartibni butun tana harorati ko'tarilgan davrda saqlaniladi. Quruq yorilgan lablarini borli vazelin yoki yog' bilan surkash lozim. Burun paxtali issiq vazelin yog'iga botirilgan tampon bilan tozalanadi.

Qatqaloqlar hosil bo'lganda burunga kuniga 3-4 marta 1-2 tomchi vazelin yog'i tomiziladi. Bemorlarning ovqatlanishi yoshiga mos bo'lishi kerak. Qizamiq bilan kasallangan barcha bolalarga askorbin kislotasi, vitamin A, sutli yengil hazm bo'ladigan ovqatlar tavsiya etiladi. Asoratlanmagan qizamiqda antibiotiklar tavsiya etilmaydi.

Erta yoshdagi bolalarga (1 yoshgacha) qizamiqning og'ir kechishida, yaqqol intoksikatsiyada va o'pkadagi o'zgarishlar (hansirash, quruq xirillashlar) bo'lganda antibiotiklar tavsiya etiladi. Qizamiq infeksiyasini allergik xarakterga ega ekanligini hisobga olgan holda antigistamin preparatlari (dimedrol, suprastin) tavsiya etiladi. Asoratlari xarakteri va og'irligiga qarab davolash tavsiya etiladi. Burundan ko'p shilliq kelishida 1% li protorgol eritmasidan har bir burun bo'shlig'iga 5-6 tomchidan kuniga 3-4 marta tomiziladi. Yo'tal kuchayganda mukaltin, pertussin yoki yo'talga qarshi miksturalar beriladi. Zotiljam, laringit, laringotraxeit kabi asoratlari qo'shilsa antibiotiklar (fortum, sefotaksim va boshka sefalosporinlar 100 mg/ kg kuniga 3 mahalga) beriladi. Bundan tashqari, organizm umumiy quvvatini oshiruvchi preparatlar, vitaminlar tayinlanadi. Kasallik og'ir kechganda, erda yoshdagi bolalarga, kasallik asoratlari qo'shilganda bemorlar shifoxonaga yotqiziladi. Shu bilan birga kasalxonaga yotqizishda epidemiologik holat ham hisobga olinadi.

Profilaktika. Kasallikning oldini olishda profilaktik vaksinatsiya ahamiyati katta. Aktiv immunizatsiya tirik qizamiq vaksinasi yordamida o'tkaziladi. Moyil bo'lgan bolalarga bu vaksinani yuborilishi immunologik javob reaksiyasi, ya'ni 95-98% emlangan bolalarda maxsus antitelalar paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Antitelalarning yig'ilishi vakcina yuborilgan so'ng 7-15 kundan keyin boshlanadi. Antitelalarning eng yuqori darajasi 1-2 oydan keyin aniqlanadi. 4-6 oydan keyin antitelalar titri pasayadi. Tirik qizamiq vaksinasini yuborilishiga javoban 6-18 kun ichida vaksinal jarayonining klinik ko'rinishlari, tana haroratini ko'tarilishi, konyuktivit, kataral belgilar, ba'zan toshma paydo bo'lishi mumkin. Vaksinal reaksiya 2-3 kun davom etadi. Qizamiqqa qarshi emlash o'tkazilishiga qarshi ko'rsatmalar yo'k. Vaqtinchalik emlashdan ozod etiladi. O'tkir infeksiyon va noinfeksiyon kasalliklar bilan kasallangan bemorlar rekonvalessensiya davrida ham (1 oydan kam bo'lmagan) surunkali kasalliklarning qo'zg'alish davridagi bemorlarga klinik laborator o'zgarishlar bilan ularga emlash 1 oydan kam bo'lmagan remissiya davridan so'ng o'tkaziladi. O'RI yengil shakllarida tibbiy chegaralash 2-3 haftadan so'ng emlash o'tkaziladi. Vaksinatsiya 12 oylikda va 6 yoshda qilinadi. Vaksinatsiya qilingan bolalarning 10% da umumiy reaksiya bo'lishi mumkin. Bunda isitma

ko'tarilishi, kamdan-kam bolalarda biroz toshma toshishi kuzatiladi. Vaksinatsiya olgan bolalarning 98% da turg'un immunitet paydo bo'ladi. Kasallanganlar toshma tosha boshlagach kamida 4 kun muddatga, zotiljam bilan asoratlanganlar 10 kun muddatga alohidalanadi. Qizamiq bilan kasallanmagan insonlar va bemor bilan muloqotda bo'lganlar muloqot vaqtidan 17 kun davomida bolalar muassasalariga qo'yilmaydilar, profilaktik maqsadda immunoglobulin olganlar uchun bu muddat 21 kunga cho'ziladi. Passiv profilaktika uchun odam qonidan tayyorlangan immunoglobulindan foydalaniladi. U qizamiqli bemorlar bilan muloqotda bo'lgan, vaksinatsiya bilan emlash qarshi ko'rsatma hisoblangan yoki emlash yoshiga yetmagan bolalarga shoshilinch profilaktika uchun yuboriladi. Immunoglobulin dozasi 3 ml. Muloqotdan keyin 5 kun ichida immunoglobulinni yuborish eng ko'p profilaktik natija beradi.

QIZILCHA

Qizilcha – o'tkir virusli kasallik bo'lib, mayda dog'li toshmalar, generallashgan limfadenopatiya, biroz isitmalash va homiladorlarda homilaning shikastlanishi bilan tavsiflanadi.

Etiologiyasi. Qizilcha virusi togaviruslarga (Togaviridae oilasi, Rubivirus sinfi) kiradi. Virionlar diametri 60-70 nm.li sferik ko'rinishda bo'lib, yuzasida so'rg'ichlari joylashgan, RNK tutadi. Qizilcha virusining boshqa togaviruslardan farqi neyraminidaza tutadi. Virus bir necha maymunlar turi uchun patogen hisoblanadi. U ko'pgina hujayrali muhitlarda o'sish xususiyatiga ega, lekin sitopatik ta'siri kam ifodalangan. Qizilcha virusi kaptar, g'oz eritrotsitlarini agglyutinatsiyalaydi, gemolitik ta'sir ko'rsatadi. Virus tashqi muhitga chidamsiz, quritilganda, m o'zgarganda (6,8 dan past va 8,0 dan yuqori), ultrabinafsha nurlar, efir, formalin va boshqa dezinfeksiyalovchi vositalar ta'sirida tez nobud bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai bo'lib faqat odam hisoblanadi. Qizilcha virusi kasallik yaqqol klinik belgilar bilan namoyon bo'lgan bemorlarda, kasallik atipik, toshmalarsiz kechgan shaxslarda, bolalarda tug'ma qizilcha kasalligida bir necha oylar davomida saqlanishi mumkin (1,5 yilgacha va undan ko'proq). Amaliyotga qizilcha ni faol emlash kiritilgunga qadar 6-9 yillik oraliq bilan epidemiya ko'rinishida namoyon bo'lib turgan. Emlash kiritilishi bilan kasallanish keskin kamaygan. 1964 yilda AQSh da 1,8 mln dan ortiq qizilcha kasalligi ro'yxatga olingan. Buning oqibatida 20000 dan ortiq bola anomal rivojlanishli tug'ma qizilcha bilan tug'ilgan. 1984 yilda 745 kishi qizilcha bilan og'rigan. Epidemiyalar oralig'ida kasallik sporadik holda uchrab turadi. Kasallik bilan ko'p kasallanish aprel-iyun oylarida ro'yxatga olinadi. Kasallik epidemiyasi vaqtida faqat bolalar emas, balki

kattalar ham, xususan jamoat tashkilotlari xodimlari (harbiy xizmatchilar va b.) kasallanadilar. Qizilcha homilador ayollar uchun o'ta xavfli hisoblanadi, chunki homila ichi zararlanishi kuzatilishi mumkin. Qizilcha virusi toshmalar toshishidan 1 hafta oldin va toshma toshgandan so'ng 1 hafta davomida tashqi muhitga chiqariladi. Zararlanish havo-tomchi yo'li orqali sodir bo'ladi (homiladorlarda – transplasental).

Patogenezi. Qizilcha virusi organizmga nafas yo'llari shilliq qavatlari orqali kiradi. Keyinchalik virusemiya sodir bo'ladi. Gematogen yo'l bilan butun organizmga tarqatiladi, virus gepatotrop xususiyatga ega bo'lib, limfa tugunlarda ham o'zgarishlar chaqiradi va yashirin davri oxirlarida o'lchamlari kattalashadi. Bu vaqtda virusni burun-yutqun surtmasini ajratib olish mumkin. Toshmalar paydo bo'lishi bilan virus qonda va burun-yutqunda topilmaydi, ayrim holatlarda toshmalar toshgandan 1-2 kundan keyin ham ajratib olish mumkin. Zardobda antitanachalar toshmalar toshishining 1-2 kunlaridan paydo bo'ladi. Keyinchalik titri ortib boradi. Kasallikdan tuzalgandan so'ng antitanacha umrbod saqlanib qoladi. Komplementni bog'lovchi antitanachalar titri asta-sekin kamayib boradi. Immunitet umrbod turg'un bo'ladi. Qizilcha virusi embrional to'qimaga tropizm xususiyatiga ega, sezilarli darajada homila rivojlanishiga ta'sir ko'rsatadi. Homilaning zararlanish ko'rsatkichi homiladorlik muddatiga bog'liq. Homiladorlikning 3-4 haftasida qizilcha bilan kasallanganda 60 % holatlarda, 9-12 xaftalarda – 15% da va 13-16 haftalarda 7% da tug'ma nuqsonlar shakllanadi. Homilador ayollar qizilcha bilan kasallanganda virusemiya vaqtida virus yo'ldoshga o'tadi va shu yerda ko'payib, homilani jarohatlaydi. Infeksiya mitotik faollikning buzilishiga, xromosomalarning o'zgarishiga olib keladi, bu esa jismoniy va aqliy rivojlanishdan orqaga qolishiga sabab bo'ladi. Tug'ma qizilcha kasalligida qon zardobida qizilcha virusi qancha bo'lishidan qat'iy nazar, qo'zg'atuvchi bola organizmida uzoq muddat (3 oygacha) saqlanadi. Bola bu vaqt oralig'ida boshqa bolalar uchun infeksiya manbai bo'lishi mumkin.

Klinik ko'rinishi. Yashirin davri 11 kundan 24 kungacha (ko'pincha 16-20 kun) davom etadi. Qizilcha kasalligida bemorning umumiy holati kam o'zgaradi, shuning uchun birinchi belgi sifatida toshmalar paydo bo'lgandan so'ng o'ziga ahamiyat beradi va murojaat qiladi. Bemorlarda biroz holsizlik, darmonsizlik, yengil bosh og'rishi, ayrim hollarda mushaklar va bo'g'imlarda og'riq kuzatiladi. Tana harorati subfebril saqlanib qoladi, ba'zida 38-39° C gacha ko'tariladi va 1-3 kun saqlanadi. Ob'ektiv tekshirishda yuqori nafas yo'llarining sust namoyon bo'lgan katari, biroz tomoqda giperemiya, kon'yunktiva tomirlari in'eksiyasi kuzatiladi. Kasallikning birinchi kunidan generallashtgan limfadenopatiya paydo bo'ladi. Xususan, orqa bo'yin va ensa limfa tugunlari kattalashadi va og'riqli bo'ladi. Ayrim hollarda yuqoridagi belgilarning ham birortasi ham kuzatilmaydi, faqat toshma toshgandan keyin sezib qolinadi. Kasallik turli shakllarda kechishi mumkin. Qizilcha

klirik shakllarining umum qabul qilingan tasnifi yo'q. Bizning fikrimizcha, qizilcha kasalligining klinik shakllarini quyidagilarga ajratish mumkin.

Qizilcha klinik tasnifi:

A. Orttilrilgan qizilcha:

1. Tipik shakli: yengil, o'rta og'ir, og'ir.
2. Atipik shakli (toshmasiz).
3. Inapparant shakli (subklinik).

B. Tug'ma qizilcha:

1. Nerv tizimining zararlanishi.
2. Tug'ma yurak nuqsonlari.
3. Eshitishning buzilishi.
4. Ko'zning shikastlanishi bilan o'tadigan shakli.
5. Aralash shakli.
6. Tug'ma qizilcha kasalligining sezilarsiz belgilari.

Tipik shakli asoratlanmagan va asoratlangan (artrit, ensefalit, trombositopenik purpura, akusherlik patologiyasi) bo'lishi mumkin. Tipik orttilrilgan qizilcha kasalligining asoratsiz shakli yengil yoki o'rta og'ir shaklda o'tadi, umumiy intoksikatsiya belgilari kam namoyon bo'ladi. Tana harorati butun kasallik davomida me'yorida saqlanib qolishi mumkin (22% da) yoki subfebril darajagacha ko'tariladi (48%), qolgan bemorlarda xarorat 38—39° C atrofida tebranib turadi. Isitma 2-4 kun davom etadi va alohida bemorlarda (10%) 5 kundan uzoq cho'ziladi. Qizilcha kasalligining juda ko'p uchraydigan belgilari yuqori nafas yo'llarining yallig'lanishi rinit (70% da) va faringit (90% da) hisoblanadi. Bemorlar quruq yo'talga, tomoqda noxush sezgiga (qadalish, qichishish, qurib qolish) shikoyat qiladi. Ba'zida yumshoq tanglayda kichik qizil elementni (Forxgeymer dog'i) ko'rish mumkin. Ko'pchilik bemorlarda (70% atrofida) qizilchadagiga nisbatan kamroq namoyon bo'lgan kon'yunktivit kuzatiladi. Qizilcha uchun xos belgi toshmalar (ekzantema) hisoblanadi. Ko'pincha toshma kasallikning birinchi kunidan (40%) paydo bo'ladi, lekin ayrim hollarda kasallikning ikkinchi kunidan, uchinchi va hatto to'rtinchi kunida toshmalar toshadi. Ko'pincha toshma yuzda toshishi bilash boshlanadi, keyin sutka davomida tanada va qo'l-oyoqlarda paydo bo'ladi. Qizilchadan farkli ravishda toshmalar bosqichli toshmaydi. Toshmalar ko'pincha yozuvchi yuzalarda, orqada, belda, dumba sohasida joylashadi. Yuzda tanaga nisbatan toshmalar kamroq bo'ladi. Qizilchadan farkli ravishda toshmalar o'zgarmagan teri fonida toshadi. Asosiy toshma elementi bo'lib, mayda dog'lar hisoblanadi (diametri 5-7 mm), teri sathidan ko'tarilmaydi, terini bosganda yoki taranglashtirganda yo'qoladi. Mayda dog'li toshmalar tipik (95% da) hisoblanadi, alohida holatlarda yirik dog'li (diametri 10 mm va undan katta) bo'lishi mumkin. Shular bilan bir qatorda 2-4 mm diametrli yassi

rozeolalar kuzatiladi. Toshma elementlari alohida joylashadi, ba'zida bir-biri bilan qo'shib, chetlari qoraygan yirik dog' hosil qiladi, lekin teri yuzasida yirik eritematoz yallig'lanishlar chaqirmaydi. Ayrim hollarda toshmalar sohasida yengil qichishishlar bo'ladi. Toshma elementlari 2-3 kun saqlanadi. Bir qism bemorlarda kasallikning birinchi kunlarida gipotenziya, ba'zida jigar o'lchamlarining kattalashishi, birmuncha ko'proq taloqning kattalashishi (30% bemorlarda) kuzatiladi. Periferik qon uchun leykopeniya va plazmatik hujayralar sonining ortishi xosdir. Atipik qizilcha yengil, toshmalarsiz, o'tadi, u yuqori nafas yo'llarining yengil kataral yallig'lanishi va biroz rivojlangan limfadenopatiya bilan xarakterlanadi. Agar bunda bemor qizilcha bilan muloqotda bo'lganligi haqida ma'lumot bo'lsa, shu kasallik haqida o'ylash mumkin. Kasallikning inapparant shakli hanuzgacha muammo bo'lib kelmoqda. Ma'lumotlarga ko'ra, qizilcha kasalligining inapparant kechishi tipik klinik kechishiga nisbatan 5-6 marta ko'proq kuzatiladi. Buni qizilcha kasalligiga qarshi antitanachalar titrining ortishi bilan aniqlash mumkin.

Tug'ma qizilcha. Kasallikning kechishi homila ichi zararlanishida oddiy qizilcha kasalligidan birmuncha farqli kechadi. Tug'ma qizilcha sindromiga yurak tugma nuqsoni (arterial yo'lakning ochiq qolishi, qorinchalararo to'siq nuqsoni, o'pka o'zani stenozi), ko'zning shikastlanishi (shox pardaning xiralashishi), katarakta, xorioretinit, mikroftalmiya, mikrotsefaliya, aqliy rivojlanishdan orqada qolish, karlik kiradi. Keyingi yillarda bu sindromning ko'rinishlariga trombositopenik purpura, jigar va taloqning kattalashishi, homilaning rivojlanishdan ortda qolishi, interstitsial zotiljam, miokardit yoki miokard nekrozi va metafiz sohasida suyaklarning shikastlanishi kiritildi. Bir qancha bolalarda gumoral va immun hujayraviy immun tanqislik belgilari aniqlanildi, keyinchalik ayrim shaxslarda tug'ma qizilcha kasalligidan keyingi qandli diabet va o'sib boruvchi o'tkir osti panensefalit rivojlandi.

Asorati. Ortirilgan qizilcha kasalligining ko'p uchraydigan asorati bo'lib artritlar hisoblanadi. Bolalarga nisbatan katta yoshdagi bemorlarda bu ko'p uchraydi (30% erkaklarda, 5-6% ayollarda). Bo'g'imlarning shishishi va og'riqliligi toshmalar yo'qolishidan 1-2 kundan so'ng kuzatiladi va 5-10 kun saqlanadi. Kam uchraydigan asorati trombositopenik purpuradir. U petexial yoki terida yirik gemorragik toshmalar, milklarning qonashi, gematuriya bilan xarakterlanadi. Kasallikning og'ir asorati qizilchali ensefalit qizilcha bilan kasallangan 5000-7000 dan bittasida kuzatiladi. Ensefalit belgilari toshmalar yo'qolishi bilan yoki ekzantema vaqtida paydo bo'ladi. Bemorlarda bosh og'rishining kuchayishi, umumiy es-hushining yomonlashishi, keyinchalik talvasalarning rivojlanishi, komatoz holatlar, gemiparezlar aniqlanadi. Ba'zida meningial simptomlar ham bo'lishi mumkin. Ensefalitdan o'lim ko'rsatkichi juda yuqori.

Tashxisi. Tipik holatlarda jamoatchilik orasida epidemiyalarning bo'lishi tashxislashda qiyinchilik tug'dirmaydi. Sporadik holatlarda tashxis qo'yish, xususan

atipik holatlarda juda qiyin bo'ladi. Kasallik tashxisotida periferik qondagi ko'rinish yordam beradi (leykopeniya, nisbiy limfotsitoz, plazmatik hujayralar sonining ortishi). Tashxisni qizilcha virusining ajratib olinishi va maxsus antitanachalar titrining ortib borishi tasdiqlaydi. Bu maqsadda turli reaksiyalar qo'llaniladi: KBR, immunoferment analiz, immunoflyuoressensiya reaksiyasi, shuningdek maxsus antitanachalar sinfini aniqlash. Serologik reaksiyalar juft zardob bilan 10-14 kun oraliqda qo'yiladi. Antitanachalar titrining 4 va undan ko'p marta ortishi tashxisni tasdiqlaydi.

Qiyosiy tashxisi. Kasallik mayda dog'simon toshmalar bilan kechadigan boshqa kasalliklar bilan taqqoslanadi. Jumladan:

1. Adenovirusli infeksiya;
2. Enterovirusli kasalliklar;
3. Qizilcha kasalligi;
4. Yuqumli mononukleoz kasalligi;
5. Pushti rang temiratki;
6. Dorilardan bo'lgan allergiya;
7. Yuqumli eritema.

Davolash. Asoratlanmagan qizilcha simptomatik davolanadi. Qizilchali artritda xloroxin (delagil) 0,25 g dan kuniga 2-3 mahal 5-7 kun davomida, antigistamin dori vositalari, nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar tayinlanadi. Gemorragik sindromda prednizolon (20-25 mg.dan 7-10 kun davomida), gemorragik belgilar ko'proq namoyon bo'lganda geparin kuniga 20-30 ming ED qo'llaniladi. Kompleks vitaminlar tayinlanadi. Qizilcha ensefaliti rivojlanganda va boshqa ensefalitlarda kompleks tadbirlar o'tkaziladi. Qizilcha kasalligining oqibati yaxshi sifatli kechadi. Qizilcha ensefalitida esa o'lim ko'rsatkichi 50% ga yetadi. Tug'ma qizilcha da esa bir qancha nuqsonlar (masalan, karlik) biroz kechroq rivojlanadi.

Profilaktikasi. Kasallikning maxsus profilaktikasi uchun bir qator davlatlarda tirik kuchsizlantirilgan vaksina ishlab chiqilgan va samarali qo'llanilmoqda. Immunizatsiyadan asosiy maqsad tug'ma qizilcha ning oldini olish hisoblanib, bu kontingent asosini 14-15 yoshli qiz bolalar tashkil qiladi (bir qancha davlatlarda 10-14 va hatto – 11). Emlashda qator vaksinal reaksiyalar bo'lishi mumkin va 95% emlanganlarda qizilcha kasalligiga qarshi antitanachalar paydo bo'ladi. Katta yoshli ayollar emlanmaydilar, homiladorlarni emlash mumkin emas, bundan tashqari emlashdan so'ng 3 oy davomida homilador bo'lish ta'qiqlanadi.

SKARLATINA

Skarlatina – o‘tkir yuqumli kasallik bo‘lib umumiy intoksikatsiya, bodomcha bezlarining yallig‘lanishi – angina hamda teriga toshmalar toshishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Kasallik qo‘zg‘atuvchisi A guruhga kiruvchi β -gemolitik streptokokk hisoblanadi. Skarlatinani chaqiruvchi qo‘zg‘atuvchi saramas, angina va boshqa har xil kasalliklarni chaqiruvchi streptokokklardan deyarli farq qilmaydi. Skarlatinani o‘tkazgan bemor organizmida orttirilgan turg‘un immunitet hosil bo‘ladi. Bu kasallikda immunitet antitoksik xarakterga ega bo‘lib, immunitet kuchli bo‘lganlarda skarlatina emas, boshqa streptokokkli kasalliklar-angina, traxeit, pielonefrit, saramas, streptodermiyalar va boshqalar bo‘lishi mumkin. Skarlatina o‘zida streptokokkli immunitet hosil bo‘lganda streptokokklar chaqiradigan kasalliklarni bir ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Bu kasallik boshqa xil kasalliklardan kuchli toksik komplement hosil bo‘lishi bilan ajralib turadi.

Epidemiologiyasi. Skarlatina butun yer yuzi mamlakatlarida keng tarqalgan kasallik hisoblanadi. Keyingi 3-10 yil davomida kasallikning og‘ir shakllari bir muncha kamayganligi aniqlangan. Mamlakatimizda asosan 70-80% gacha kasallikning yengil turlari uchramoqda. Kasallik manbai bemor odam va bakteriya tashuvchilardir. Bundan tashqari, kasallik manbai bo‘lib streptokokkli angina va nazofaringit bilan og‘rigan bemor hisoblanadi. Skarlatina kasalligi kasallikning dastlabki kunlaridan boshlab yuqumli hisoblanadi. Agar o‘z vaqtida penitsillin qo‘llanilsa kasallikning yuqumlilik davri qisqaradi va 7-10 kunlaridan so‘ng u atrofdagilar uchun xavfsiz hisoblanadi. Agar organizmda yiringli yallig‘lanish o‘choqlari bo‘lsa yiringli rinit yoki otit bo‘lsa, yuqumlilik davri uzayadi. Bu davr bemorlar uchun ham, rekonvalessentlar uchun ham xavfli hisoblanadi. Bu davrda bemorlarning uzoq vaqtgacha kasallik tarqatishi kuzatiladi.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri o‘rtacha 2-7 kunni tashkil qiladi. Bu ayrim holda bir sutkaga qisqarishi yoki 1-2 kunga cho‘zilishi mumkin. Kasallik to‘satdan boshlanadi, harorat to‘satdan $38-39^{\circ}$ C gradusni tashkil qiladi. Bemorda ko‘ngil aynish, qusish kuzatiladi. Shuningdek, kuchli tomoq og‘rig‘i kuzatiladi. Keyinchalik skarlatinaga xos bo‘lgan toshma toshadi. Toshma tez orada bir yo‘la gavdaning turli qismlariga toshadi. Toshmaning o‘ziga xos xususiyati shundan iboratki, u mayda donali bo‘lib, qizargan teri ustida paydo bo‘ladi. Qorin terisining pastki va yonbosh qismlarida, qo‘llarning kaft yuzasida, oyoqlarning tizza qismlarida hamda terining tabiiy burmali sohalarida ko‘proq va zich joylashgan bo‘ladi. Yuzdagi toshmalar yonoq sohasida ko‘p bo‘ladi. Skarlatinadagi toshmalarning o‘ziga xos xususiyati burun-lab sohasi qizarmaydi, toshma ham bo‘lmaydi. Bu davrda dermografizm simptomi simpatik nerv sistemasi faoliyati oshganligi tufayli oq

bo'ladi. Skarlatinada toshmalar ba'zan miliar ko'rinishida, ba'zan to'g'nog'ich boshiday kattalikda bo'lib, o'zida tipik yoki loyqa suyuqlik saqlaydi. Bu toshmalar orasida siyrak gemorragik toshmalar ham bo'lishi mumkin. Bu toshmalar qon tomirlar devorlarini zararlashi tufayli sodir bo'ladi. Skarlatinada toshmalar teridan bir oz ko'tarilib turuvchi papulyoz toshmalar bo'lib, teri silab ko'rilganda u bir oz dag'allashgan bo'ladi. Ba'zan kaft terisida pufakli toshmalar bo'lib, ko'pincha ular bir-biri bilan qo'shilishga moyil bo'ladi. Kasallik og'ir o'tganda toshmalar rangi oq qizil emas, balki ko'kimtir tus oladi. Bu holat mayda qon tomirlarda qon aylanishining keskin buzilishidan dalolat beradi. Skarlatinada toshmalar 3 kundan 7 kungacha bo'ladi va hech qanday dog' qolmaydi, ammo toshmadan so'ng ikki haftagacha teri ko'chishi, po'st tashlash kuzatiladi. Teri po'sti mayda-mayda qipiq tarzda yoki taram-taram bo'lib ko'chishi mumkin. Kasallik davomida terining juda quruq bo'lishi ham kasallikning o'ziga xos xususiyatidir.

Angina-skarlatinaning asosiy va doimiy belgilaridan biridir. N.F. Filatov bu to'g'rida shunday degan "Skarlatina anginasiz juda kam hollarda uchraydi, shu sababli skarlatinaga tashxis qo'yishda shu bitta belgini e'tiborga olish ancha samaralidir" degan. Skarlatinada angina-tomoqda kuchli qizarish bodomcha bezlariga ularning ravoqlariga va yumshoq tanglay shilliq pardalariga tarqaladi, lekin tanglay chegarasiga o'tmaydi. Skarlatinada anginaning quyidagi turlari uchraydi:

- * Kataral;
- * Follikulyar;
- * Lakunar;
- * Yiringli nekrotik.

Yiringli nekrotik anginada bodomcha bezlarda, ularning ravoqlarida, burun va halqumning shilliq pardasida nekrotik o'zgarishlar kelib chiqadi.

Angina kasallikning 2-4 kunida yuzaga keladi. Birinchi kuni tomoqda faqat giperemiya bo'ladi. Ba'zan kasallikning boshlanishida yumshoq tanglay shilliq qavatida nuqtali enantema bo'lib tez fursatlarda bir tekis giperemiya bilan qoplanadi. To'qimaning nekrozi yuzaki yoki chuqur orolcha shaklida yoki kattaroq o'lchamda bo'lishi mumkin. Nekrozga uchragan to'qimaning rangi tuproqsimon rangda, ba'zan yashilroq rangda bo'ladi. Kataral angina 4-5 kunda o'tib ketsa, nekrotik angina esa 7-10 kun davom etadi. Bemor og'iz bo'shlig'i shilliq qavati quruq bo'ladi. Tilida xam o'ziga xos o'zgarishlar bo'ladi. Kasallikning boshlang'ich davrida til sarg'ish yoki tuproqsimon tusli parda bilan qoplanadi, keyin esa tilning avval chetlari keyin yuzasi tozalanadi. Til so'rg'ichlari yaxshi ifodalanadi va u qip-qizil malina rangiga kiradi. Tildagi o'zgarishlar 2 haftagacha davom etish mumkin. Skarlatina kasalligining og'irligiga va kechishiga ko'ra A.A.Koltpin tomonidan taklif etilgan klassifikatsiyasi bor.

Skarlatina klinik tasnifi.

1. Shakliga ko'ra:

– tipik

– atipik

a) bilinar-bilinmas (toshmasiz)

b) aggrovirlangan simptomli shakllari (gipertoksik va gemorragik)

v) ekstrafaringeal (ekstrabukkal), abortiv

2. Og'irligiga ko'ra:

a) yengil, o'rta og'irga o'tadigan

b) o'rta og'ir, og'irga o'tadigan

v) og'ir forma-toksik, septik, toksiko-septik

3. Kechishiga ko'ra:

– o'tkir

– cho'zilgan

– asoratlari va allergik to'lqinlarsiz

– asoratlari va allergik to'lqinlar bilan

4. Asoratlari xususiyatiga ko'ra:

a) allergik xususiyatli (nefrit, sinovit, reaktivli limfadenit)

b) yiringli

v) septikopiyemik

g) miks-infeksiya

5. Atipik turi:

A) Gipertoksik

B) Gemorragik

V) Gangrenoz

Tashxis qo'yish uchun namuna:

1. Qizil ko'ylak, tipik, o'rta og'ir shakli, o'tkir kechishi

2. Qizil ko'ylak, tipik, og'ir shakli, o'tkir kechishi, miokardit asorati bilan

Asorati: Qizil ko'ylakda quyidagi asoratlari ko'p uchraydi: otit, mastoidit, limfadenit, sinusit, sinovit, glomerulonefrit, miokardit, yiringli artrit. Asoratlari ko'pincha kasallikning 2-3 haftasida kuzatiladi. Odatda qizil ko'ylakda retsidivlar kasallikning 3-4 haftasida uchraydi, ayrim holatlarda erta ya'ni kasallikning 2-haftasida ham uchrashi mumkin. Qizil ko'ylakda retsidivlar ko'p holatlarda gemolitik streptokokkning yangi turi superinfeksiyasi va reinfeksiyasi bilan bog'liq.

Bundan tashqari kasallikning yengil turini o'rtacha og'irlikdagi turiga o'tishi, o'rtacha og'irlikdagi shaklida esa og'ir turiga o'tishi ham tafovut qilinadi.

Kasallikning og'irlik ko'rsatkichlari umumiy intoksikatsiya simptomlari (MNS, YuQT, endokrin sistemalar zararlanishi), mahalliy o'zgarishlar-tomoqning zararlanishi, regional limfa tugunlarining zararlanishi bilan xarakterlanadi.

Atipik kechganda esa kasallik simptomlari sust va qisqa vaqtda yuzaga chiqadi. Ayrim simptomlar umuman kuzatilmaslari mumkin. Bu odatda kasallikning yengil shaklsida kuzatiladi. Skarlatinaning ekstrabukkal shakli (kuyish yoki jaroxatlangan joydan, ba'zan tug'ruqdan keyin uchraydigan shakllari) qisqa yashirin davrli bo'lishi bilan xarakterlanadi, angina juda kam yuzaga chiqqan yoki deyarli yuzaga chiqmaydi. Toshma toshishi ko'pincha mikroblar kirish darvozasi bilan bog'liq bo'ladi.

Atipik shakli to'satdan bir qancha simptomlarining birgalikda qo'zishi-hujum qilishi bilan uchraydigan shaklida (gipertoksik va gemorragik simptomlar) kasallikning kechishi juda og'ir va yashirin bo'ladi, (angina, toshmalar, limfa tugunlarining zararlanishi) bu simptomlar tipik skarlatinaga xos ravishda yaqqol ko'rinadi. Bunday bemorlarda meningoensefalit yoki ovqatdan zaharlanish kabi toksik holatlardan 1-2 kundan so'ng kollaps yuzaga keladi. Bu MNS, VNS, YuQT sistemasi va endokrin sistema zararlanishida yuzaga keladi. Bunda kollaps natijasida nobud bo'lishi mumkin. Skarlatinaning bu shakli juda kam uchraydi.

Asorati. Skarlatinaning eng ko'p uchraydigan asoratlari: limfadenit, otit, sinustit, mastoidit, nefrit, sinovit, yiringli artrit va boshqalardir. Asoratlar kasallik boshlangandan keyin 2-3 haftasida yuzaga kela boshlaydi. Asoratlar yuzaga chiqishi genezida 2 ta asosiy rol o'ynaydi: streptokokkning o'zidan yoki serovaridan ikkilamchi zararlanish va allergiyadir. Skarlatinaning allergik asoratlari (otit, limfadenit, sinovit, nefrit) asosan kasallikning 2 chi yarmida yuzaga keladi. Yiringli yallig'lanish asoratlari kasallikning erta va kech muddatlarida ham kuzatilishi mumkin. Skarlatinaning qaytalanishi odatda kasallikning 3-4 haftasida yuz beradi. Lekin residivlanish kasallikning erta muddatlarida, ya'ni kasallikning ikkinchi haftasida ham kuzatilishi mumkin. Bu holatga e'tibor berish muhim, chunki birlamchi belgilar uncha yuzaga chiqmay kasallikka xos belgilarni bermaslari mumkin. Bu transportirovkada, ya'ni statsionarga yuborishda xatoliklarga yo'l qo'yilishi mumkin.

Skarlatinaning qaytalanishi asosan gemolitik streptokokkning yangi variantlari bo'lgan qayta zararlanishi natijasida ro'y beradi. Kasallik qaytalanishi reinfeksiyasi natijasida kechishi ancha yuqori ko'rsatkichli bo'lib kasallik qaytalangan bemorlar umumiy bo'limga, ya'ni tuzalayotganlar bilan bir bo'limga qabul qilinadi.

Kechishi. Hozirgi vaqtda skarlatina yengil shaklda boshqa kasalliklar bilan birgalikda kuzatilishi mumkin. Surunkali tonzillit bilan og'rikan bemorlar, revmatizm bilan og'rikan bemorlarda rekonvalesensiya davrida skarlatina uzoq muddatli subfebrilitit, turli xil asoratlar, shuningdek revmatik jarayonning qaytalanishi bilan

kechishi mumkin. Skarlatina o'ziga xos bir qancha belgilar bilan ajralib turadi: kasallikning yengil turida yiringli asoratlari kuzatilmaydi. Organizmdan gemolitik streptokokkning erta sanatsiya (tozalash) qilishga kirishilganda quyidagilarga e'tibor berish kerak:

- * Antibiotiklardan penitsillin qo'llash;
- * Gospitalizatsiyada xatoliklarga yo'l qo'ymaslik;
- * Aniq va to'g'ri gospitalizatsiya qilish.

Davolash. Skarlatinaning yengil shakllarida bemorlarni alohida ajratib qo'yish bilan uy sharoitida davolash mumkin. Skarlatina bo'limlarida palatalar 2-3 kishilik bo'lishi lozim. Bir palatadagi bemorlar 5-6 kun davomida yotoq rejimida bo'lishi kerak. Ovqat kaloriyasi va oziq-ovqat mahsulotlari kaloriyasi bola yoshiga mos bo'lishi kerak. Skarlatinaning yengil shakllarida ham asoratlarning oldini olish maqsadida antibiotiklar qo'llaniladi. Antibiotiklarning qo'llanilishi kasallik asoratlarning oldini olishga va bolaning tezda sog'ayib ketishiga katta yordam beradi. Shu bilan bir qatorda rekonvalessentlarning kasallik manbai bo'lgan muddatlari qisqartiriladi. Antibiotiklarni erta qo'llash kasallikka boshqa infeksiyalar qo'shilishining oldini olishga, allergik reaksiyalar kamayishiga qaratilgan bo'ladi. Antibiotiklarni qo'llash 5-7 kunni tashkil qiladi. Penitsillin 20.000 ED/kg og'irligiga, mushak orasiga 2 mahal qo'llaniladi. Bitsillin-320.000 ED/kg og'irligiga bir maxal qilinadi. Kasallikning septik shaklsida penitsillin 50.000 Yed dan og'irligiga kuniga 3-4 mahal buyuriladi. Bemorlarni uy sharoitida davolashda fenoksimetil penitsillin tabletkalari yaxshi samara beradi. Davolash tartibi 3-4 mahal kuniga 7 kun davomida. Davolashdan keyingi asoratlari davolashning qanchalik to'g'ri olib borilishiga bog'liq. Yiringli asoratlarda (otit, limfadenit, sinusit va boshqalar) antibiotiklardan tashqari simptomatik terapiya, UVCh, kvars, quruq issiq muolajalar o'tkazish lozim. Kasallik ko'rsatmalariga qarab, yiringli holatlar yuzaga kelganda operatsiya qilish ham mumkin. Nefritlarda yotoq rejimi, dieta va antibiotiklar tavsiya qilinadi.

Profilaktikasi. Skarlatinaning spetsifik profilaktikasi hali ishlab chiqilmagan. Umumiy profilaktik chora-tadbirlar kasallik manbaini erta aniqlash va atrof muhitdan izolyatsiya qilishga qaratilgan. Skarlatina bilan og'rikan bemorlar statsionarga gospitalizatsiya qilinishi yoki uy sharoitida kasallik boshlanganidan to 10 kungacha alohida izolyatsiya qilinishi lozim. Bog'cha va yaslilarda kasallangan bolalar kasallik boshlanganidan 22 kungacha bog'chaga qo'yilmaydi. Bundan tashqari angina bilan og'rikan bolalar ham 22 kungacha bog'chaga qo'yilmaydi. Skarlatinaning o'rtacha og'irlikdagi va og'ir shakllari bilan og'rikan bolalar albatta gospitalizatsiya qilinishi shart, chunki bu shakllarida uy sharoitida yetarli sharoit yaratib bo'lmaydi. Shifoxonadan chiqarishga kasallikning klinik belgilari bartaraf bo'lgandan keyin va asoratlari hamda burun, tomoq yo'llaridagi yallig'lanish jarayoni yo'qolgandan so'nggina ruxsat etiladi.

3-rasm. Skarlatinada bemor ko'rinishi va toshma xarakteri



4-rasm. Skarlatinada bemor ko'rinishi va toshma xarakteri



5-rasm. Skarlatina kasalligida bemorning tilidagi xarakterli o'zgarishlar

PAROTITLI INFEKSIYA (EPIDEMIK PAROTIT, TEPKI)

Epidemik parotit (teпки) – umumiy kasallik bo'lib, so'lak bezlarining yallig'lanishi va ba'zan boshqa sekretor bezlar bilan bir vaqtda MNS ni parotitli meningit, meningoensefalit, ko'rinishida zararlanishi bilan kechuvchi kasallik hisoblanadi. Bu virusli kasallik bolalar o'rtasida keng tarqalgan bo'lib, lekin kattalar orasida ham uchrab turadi.

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

Epidemiologiyasi. Hozirgi paytda epidemik parotit kasalligi yer sharining barcha qismlarida uchrab, kasallikning tarqalishi geografik joy tanlamaydi. Infeksiyaning birdan bir manbai epidemik parotit bilan og'rikan bemorlar hisoblanadi. Bemor yashirin davrining oxiri, klinik simptomlar yuzaga chiqishidan bir-ikki kun oldin tashqi muhit uchun xavfli hisoblanadi. Ko'proq kasallikning 3-5 kunlari zararliroq bo'ladi. Yuquvlilik davri kasallikning 9-kunida tugaydi.

Parotit bilan kasallanish shaharda qishloq sharoitiga nisbatan 3 marta ko'p uchraydi. Epidemik parotit epidemiyasi doimiy va sekin tarqalib uzoq davom etadi. Epidemik parotit uchun davriylik xos bo'lib, epidemiya har 3-5 yilda mavsumiy qish va bahor oylarida takrorlanadi.

Infeksiyaning yuqish yo'li. Epidemik parotit virusi asosan havo-tomchi yo'li bilan, bemor organizmidan ajralma ajralishi bilan bog'liq holda ba'zan muloqot yo'li bilan ham yuqadi.

Klinik manzarasi. Yashirin davri o'rtacha 12-26 kun bo'lib, ba'zan 26 kun yoki 9 kungacha qisqarishi mumkin. Umum qabul qilingan tasnif (N.I.Nisevich 1973 y) bo'yicha kasallikning tipik va atipik shakllari farqlanadi. Tipik shakliga alohida bezli shakli-faqat bezli a'zolarning shikastlanishi (quloq oldi, jag' osti, yorg'oq), alohida asab shakli – faqat MNS ning shikastlanishi (serozli meningit, meningoensefalit); aralash shakli – nerv tizimi va bezli a'zolarning shikastlanishi (serozli meningit, submaksillit, pankreatit, meningoensefalit). Atipik shakli noaniq

shaklli va belgisiz shakliga ajratiladi. Noaniq shaklida zaharlanish belgilari bo'lmaydi, bemorning umumiy ahvoli o'zgarmaydi, tana harorati normal yoki subfebril bo'ladi. Quloq oldi bezi biroz kattalashganligi yoki shishganligi aniqlanadi. Boshqa a'zolarida o'zgarish bo'lmaydi.

Tipik shakllar og'irligiga ko'ra: yengil, o'rta og'ir va og'ir bo'ladi. Kasallikning atipik shakllari yengil o'tadi. Intoksikatsiya va bezli a'zolar shikastlanish darajasiga ko'ra ajratiladi. Yengil shaklida intoksikatsiya belgilari sust rivojlangan, $t37^{\circ}-38,5^{\circ} C$, bezli a'zo nisbatan kattalashgan bo'ladi; o'rta og'ir shaklida bosh og'rishi, qayt qilish, harorat $39,5-40^{\circ} C$, ko'p sonli bezli a'zolar va MNS shikastlanishi kuzatiladi. Og'ir shaklida giperemiya, uyquchanlik yoki qo'zg'aluvchanlik, talvasa sindromi, qayt qilish, hushning yo'qolishi kuzatiladi. So'lak bezlari teri osti yog' qavatining shishishi bilan kattalashadi, tuxumning yallig'lanishi, prostata bezining yallig'lanishi kuzatiladi. Meningoensefalit kasallikning og'ir ko'rsatkichi hisoblanadi. Odatda parotit infeksiyasida kasallik oqibati yaxshi natija bilan tugaydi.

Klinik shakllari: *quloq oldi bezining shikastlanishi.* Kasallik o'tkir boshlanadi, tana harorati $37-37,5^{\circ} C$ gacha ko'tarilishi mumkin. Harorat reaksiyasi jarayonning tarqalishiga bog'liq. Jarayonni boshqa so'lak bezlari va boshqa a'zolariga tarqalishi natijasida harorat ko'tarilib to'lqinsimon xarakterda bo'ladi va intoksikatsiya belgilari kuzatiladi. Ba'zan quloq oldi so'lak bezida og'riq bo'lishi kasallikning birinchi belgisi hisoblanadi. Og'riq boshlanganining 1-kuni oxiri, ba'zan 2-kunida quloq oldi so'lak bezi kattalashadi. Avval jarayon bir tomonlama bo'lib, 1-2 kundan so'ng qarama-qarshi tomon ham zararlanadi, 80% bemorlarda shish quloq oldida pastki jag' suyagi bo'ylab, quloq suprasining pasti va orqasiga tarqaladi. Shishgan soha terisi taranglashgan, lekin yallig'lanish belgilari kuzatilmaydi. So'lak bezi palpatsiya qilinganda yumshoq va og'riqsiz bo'ladi. Filatov og'riqli nuqtasi aniqlanadi: retromondibulyar chuqurcha bilan quloq suprasi uzangisini old eshituv yo'lining pastki qismi bosiladi.

Murson belgisi tashxisiy ahamiyatga ega: so'lak chiqarish sohasida shilliq pardalarning giperemiyasi va infiltratsiyasi kelib chiqadi. Bu belgi 50-80% bolalarda uchraydi. Quloq oldi bezining kattalashishi 2-3 kun davomida kuzatilib, keyin o'lchami normallasadi. Bu bilan bir vaqtda boshqa so'lak bezida jarayon kuzatiladi. Submaksillit har to'rta boladan bittasida kuzatilib, quloq oldi bezining shikastlanishi bilan birga uchraydi, ba'zan birlamchi ham bo'lishi mumkin. Bunda shish jag' ostida yumaloq xamirsimon konsistensiyali hosila ko'rinishida bo'ladi. So'lak bezlarining kattalashishi 5-7 kun saqlanadi. Dastlab og'riq yo'qolib shish kamayadi va jarayon 8-10 kunda tugaydi.

Jinsiy a'zolarning zararlanishi. Jarayon tuxum, prostata bezi, tuxumdon, ko'krak bezlarida ham kuzatiladi. O'smirlarda va 30 yoshgacha bo'lgan erkaklarda orxit kuzatiladi.

Orxit o'tkazilgandan so'ng tuxum funksiyasi buziladi, natijada bepushtlik rivojlanadi. 55,4% hollarda spermatogenez buziladi, 33,3% hollarda tuxum atrofiyasi kuzatiladi. 10-16% erkaklarda bepushtlik parotit infeksiyali orxilda klinik belgilarsiz kechishi bilan bog'liq.

Orxit odatda so'lak bezlari zararlangandan 1-2 haftadan keyin, ba'zan birlamchi ravishda ham kuzatiladi. Tuxumning yallig'lanishi virusning urug' tizimchasi epiteliysiga ta'siri natijasida, og'riq sindromining kuzatilishi esa yallig'lanish jarayonida retseptorlarning qitiqlanishi, kanallarida bosimning oshishi, mikrosirkulyatsiyaning buzilishiga va a'zo funksiyasining buzilishiga olib keladi.

Kasallik tana haroratini 38-39°C ga ko'tarilishi va intoksikatsiya rivojlanishi bilan kuchli qaltirash bilan boshlanadi. Qov sohasidagi intensiv og'riq yurganda kuchayib og'riq tuxumga tarqaladi. Tuxum hajm jihatdan kattalashadi va palpatsiyada kuchli og'riq, qattiqlashuv aniqlanadi. Terisi giperemiyalangan bo'lib, shish 5-7 kun saqlanadi, keyin o'lchami kichraya boshlaydi. Atrofiya belgilari 1-2 oydan so'ng kuzatilib, tuxum yumshoqlashadi va o'lchami kichiklashadi. Ba'zan qalqonsimon bezning kattalashishi, isitma, taxikardiya, bo'yin sohasida og'riq, ko'z yosh bezining yallig'lanishi-dakrioadenit kuzatiladi.

Nerv tizimining shikastlanishi. Klinik jihatdan nerv tizimining shikastlanishi meningit, meningoensifalit, poliradikulonevrit ko'rinishida o'tadi. Meningial simptomlar bilan birga talvasa va vasvasalar kuzatiladi. Orqa miya suyuqligi rangsiz, sitoz yuqori 0.5×10^6 dan 3×10^6 , limfotsitar xarakterda. Oqsillar miqdori 0.99 dan 1.98 gr/l, glyukoza va xloridlar normada.

Parotitli pankreatit. Odatda 5-9 kun kuzatiladi. Ba'zan kasallik birlamchi ravishda keladi. O'tkir og'riq sindromi, qorin sohasidagi og'riq bilan kechadi. Og'riq asosan epigastral sohada, chap qovurg'a ravog'i ostida, ba'zan belbog'simon xususiyatiga ega.

Qonda amilaza, lipaza, tripsin miqdori oshadi, siydikda diastaza faolligi oshadi. 10-12 kunlarda simptomlar yo'qolib, 3-4 haftadan so'ng me'da osti bezi faolligi tiklanadi.

Kasallik asoratlari: Kam uchraydi. Bosh miya nervlari asosan eshituv nervining zararlanishi natijasida karlik kuzatiladi. Parez va falajliklar ham bo'lishi mumkin.

Oqibati. Epidemik parotit oqibati yaxshi. Orxilda bepushtlik, MNS shikastlanganda parezlar, falajliklar, karlik kuzatiladi. Tashxis qo'yish qiyinchiliklarga ega emas. Uchta og'riqli nuqta: birinchisi pastki jag' boshchasi

sohasi, ikkinchisi eshituv yo'li pastki qirrasida, uchinchisi so'rg'ichsimon o'siqning oldingi qirrasida.

Laborator usullardan-serologik tashxisot, komplement bog'lash reatsiyasi tashxis qo'yishda ahamiyatga ega. Teri ichi sinamasi 24-48 soatdan so'ng musbat reaksiya berib, 1-3 sm li infiltrat hosil qiladi.

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

Profilaktikasi. Kasallikning oldini olishda profilaktik vaksinatsiya ahamiyati katta. Aktiv immunizatsiya tirik vaksina yordamida o'tkaziladi. Tirik parotit vaksinasi, Rossiyada kombinatsiyalangan vaksina (MMR) 12 oylikda teri ostiga 0,5 ml yuboriladi. Moyil bo'lgan bolalarga bu vaksinani yuborilishi immunologik javob reaksiyasi, ya'ni 95-98% emlangan bolalarda maxsus antitelalar paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Antitelalarning yig'ilishi vaksina yuborilgan so'ng 7-15 kundan keyin boshlanadi. Antitelalarning eng yuqori darajasi 1-2 oydan keyin aniqlanadi. 4-6 oydan keyin antitelalar titri pasayadi. Tirik KPK vaksinasini yuborilishiga javoban 6-18 kun ichida vaksinal jarayonining klinik ko'rinishlari, tana haroratini ko'tarilishi, konyuktivit, kataral belgilar, ba'zan toshma paydo bo'lishi mumkin. Vaksinal reaksiya 2-3 kun davom etadi. Parotitga qarshi emlash o'tkazilishiga qarshi ko'rsatmalar yuk. Vaqtinchalik emlashdan ozod etiladi. O'tkir infeksiyon va noinfeksiyon kasalliklar bilan kasallangan bemorlar rekonvalesensiya davrida ham (1 oydan kam bo'lmagan) surunkali kasalliklarning qo'zg'alish davridagi bemorlarga klinik laborator o'zgarishlar bilan ularga emlash 1 oydan kam bo'lmagan remissiya davridan so'ng o'tkaziladi. ORI yengil shakllarida tibbiy chegaralash 2-3 haftadan so'ng emlash o'tkaziladi. Vaksinatsiya 12 oylikda va 6 yoshda qilinadi. Vaksinatsiya qilingan bolalarning 10% da umumiy reaksiya bo'lishi mumkin. Bunda isitma ko'tarilishi, kamdan-kam bolalarda biroz toshma toshishi kuzatiladi. Vaksinatsiya olgan bolalarning 98% da turg'un immunitet paydo bo'ladi.

Parotitli infeksiya bilan kasallangan bemorlar o'chog'idagi chora tadbirlar: kasallik boshlanishi bilan 9-10 kun davomida bemorlarni ajratish buyuriladi. Yakuniy dezinfeksiya o'tkazilmaydi. Muloqotda bo'lgan bolalar yashirin davrda 11-21 kun davomida jamoat joylarga yuborilmaydi. Faol emlash tirik susaytirilgan parotit vaksinasi bilan 5-18 oylarda 7 yoshda 0,5 ml teri ostiga yuboriladi.

Ilk yoshdagi bolalarda tepki (epid.parotit) kasalligi dispanser nazorati poliklinikada olib boriladi.

1. To'liq vitaminlarga boy mahsulotlar bilan ovqatlanish.
2. Uqalash, badantarbiya
3. Chiniqtirish
4. Profilaktik emlashlar kursini to'liq olishni nazorat qilish.

Kontaktida bo'lgan shaxslarni izolyatsiya (ajratib qo'yish) muddatlari: Tepki bilan og'rimagan 10 yoshgacha bo'lgan bolalar izolyatsiya qilinadi. Kontakt vaqti aniqlanganda ajratib quyish kontaktning 11 kundan 21 kungacha amalga oshiriladi.

Bemorlarni izolyatsiya (ajratib qo'yish) qilish muddati: Tepki - kasallik boshlanganidan 21 kun muddatga izolyatsiya qilinadi.

KORONAVIRUSLI INFEKSIY (COVID-19)

Koronavirus infeksiyasi (COVID-19) – virusning yangi shtammi keltirib chiqaradigan o'tkir virusli kasallik bo'lib, aksariyat havo-tomchi, kamroq maishiy muloqot va najas-og'iz mexanizmi orqali yuqadigan, klinik umumiy zaharlanish, yuqori va pastki nafas yo'llarining yallig'lanish belgilari, ba'zan gastrointestensial belgilari bilan tavsiflanadi.

Etiologiyasi .

Yangi koronavirus SARS-CoV-2 (Viruslar taksonomiyasi bo'yicha xalqaro komitetning 11 fevral 2020 yil qo'zg'atuvchiga bergan rasmiy nomini berdi)- bir halqali RNK–saqlovchi virus bo'lib, Beta-CoV belgili koronovirediya oilasiga mansubdir. Virus ushbu oilaning ba'zi boshqa vakillari kabi II patogenetik guruhga kiritilgan (virus SARS-CoV, MERS-CoV). Koronavirus SARS-CoV-2 taxminan ko'rshapalaklar koronavirusi va kelib chiqishi noma'lum bo'lgan koronavirus orasidagi rekombinant virus hisoblanadi. SARS-CoV-2 genetik ketma-ketligi SARS-CoV ning genetik ketma – ketligiga kamida 79% ga o'xshash.

Virusning tashqi tomondan o'rab turgan tojsimon o'siqlar (S) S glikoproteinidan tashkil topgan. Pentamer shaklidagi (Ye) Ye oqsillar virusning ion kanallarini hosil qilib, uning virulentligini ta'minlovchi muhim omil bo'lib hisoblanadi. M (M) oqsili membrana orqali transportirovka qilish vazifasini bajaradi. N (N) fosforlangan oqsili RNK zanjiridagi spirallashishni ta'minlaydi.

Tadqiqotlar ko'rsatishicha, qo'zg'atuvchilar plastik yuzada – 5 kun, yog'ochda – 4 kun, oynada – 4 kun, qog'ozda – 4-5 kun, alyumin-metallda –2-8 soat, tibbiyot qo'liqopida – 8 soatgacha yashashi mumkin.

Epidemiologiyasi.

Infeksiyaning asosiy manbai kasal odam, shu jumladan kasallikning yashirin davrida bo'lganlardir. Infeksiyaning yuqish yo'li havo-tomchi (yo'talish, aksirish, gaplashish bilan), havo-chang va muloqot orqali amalga oshiriladi. Qo'zg'atuvchini tarqatish omili bo'lib SARS-CoV-2 bilan ifloslangan havo, oziq-ovqat va uy-ro'zg'or

buyumlari hisoblanadi. SARS-CoV-2 sabab kelib chiqadigan infeksiya tibbiy yordam ko'rsatish bilan bog'liq bo'lgan infeksiya ekanligi aniqlandi. XRX da COVID-19 bilan og'riqan bemorlarga yordam ko'rsatgan tibbiyot xodimlarining tasdiqlangan 1700 dan ortiq holatlarda kasallanishlari qayd etildi.

Klinikasi. Yashirin davri 2 sutkadan to 14 sutkagacha, ba'zan ko'proq davom etishi mumkin.

COVID-19 uchun o'tkir respiratorli virusli infeksiyaning klinik belgilari mavjudligi bilan tavsiflanadi:

- tana haroratining oshishi (> 90%);
- 80% hollarda yo'tal (quruq yoki oz miqdorda balg'am bilan);
- nafas qisilishi (55%);
- mialgiya va charchoq (44%);
- ko'krak qafasidagi tiqilib qolish hissi (> 20%).

Nafas olishning eng og'irlashishi infeksiyani yuqtirgan paytdan boshlab 6-8 kunida rivojlanadi. Shuningdek mialgiya (11%), es-hushning buzilishi (9%), bosh og'rig'i (8%), qon tupurish (5%), diareya (3%), ko'ngil aynish, qusish, yurak o'ynashi kabi belgilar ham bo'lishi mumkinligi aniqlandi. Bu alomatlar tana harorati ko'tarilmasligi bilan ham kuzatilishi mumkin.

XRX da bemorlarning o'rtacha yoshi 51 yoshni tashkil etadi, eng og'ir shakllar keksa bemorlarda (60 yosh va undan katta) rivojlangan, bemorlar orasida tez-tez uchraydigan kasalliklar ham mavjud: qandli diabet (20%), arterial gipertenziya (15%) va boshqa yurak-qon tomir kasalliklari (15%).

XRXda ro'yxatga olingan holatlarning yigirma besh foizi XRX sog'liqni saqlash organlari tomonidan og'ir deb (16% og'ir bemorlar, 5% kritik holatda va 4% o'lganlar) baholangan. Og'ir holatlarda tez sur'atlar bilan rivojlanayotgan pastki nafas yo'llarining kasalliklari, pnevmoniya, O'NE, O'RDS, sepsis va septik shok kuzatiladi. Uxanda kasallikning og'ir kechishida bemorlarning deyarli barchasida progressiyalovchi O'NE qayd etilgan: 100% bemorlarda pnevmoniya tashxisi qo'yilgan, 90% dan ortiq bemorlarda esa O'RDS kuzatilgan.

COVID-19 Klinik variantlar va namoyon bo'lish belgilari:

Klinik ko'rinishsiz	- asimptomatik tashuvchanlik
Kattalardagi klinik ko'rinishlar	- yuqori nafas yo'llari infeksiyalari (rinofaringit, traxeit) bilan koronavirus infeksiyasi; - pastki nafas yo'llarining infeksiyalari (bronxit, bronxiolit, pnevmoniya); - diareya bilan birgalikda koronavirus infeksiyasi;
Bolalarda klinik ko'rinish	Laringit - bronxlar obstruksiyasi - o'pkaning dastlabki erta yallig'lanishi, o'pkaning segmentar yallig'lanishi - serebral - abdominal - gemorragik

Kechish og'irligi bo'yicha	<ul style="list-style-type: none"> - yengil - o'rtacha og'irlikda - og'ir - o'ta og'ir
Kechishi bo'yicha	<ul style="list-style-type: none"> - asoratsiz - asoratli
Asoratlari	<ul style="list-style-type: none"> - o'tkir nafas yetishmovchiligi - o'tkir respirator distress sindrom - sepsis - septik (infeksion-toksik) shok - o'tkir yurak qon tomir yetishmovchiligi - o'tkir buyrak yetishmovchiligi - poliorgan yetishmovchilik sindromi

COVID-19 og'irlik darajasi mezonlari umumiy zaharlanish belgilarining namoyon bo'lishiga qarab baholanadi:

Yengil daraja- tana haroratining 38°C gacha oshishi, yengil bosh og'rig'i, 5 yosh va undan kattalarda pulsning minutiga 60-80 tagacha, A/B 115-120 mm.sim.ust, nafas soninig minutiga 20 tadan kam bo'lmasligi kuzatiladi. Gemogramma ko'rsatkichlarining (leykotsit, neytrofil, trombositlar ko'rsatkichi) me'yorga mos ko'rinishida bo'lishi. Yuqoridagi belgilarga ko'ra, ushbu bemorlar yuqori nafas yo'llarining asoratlanmagan virusli infeksiya kasalligi bo'lgan bemorlardir.

O'rta og'ir daraja – tana haroratining 38,1-39°C oralig'ida bo'lishi; umumiy zaharlanish belgilari (bosh og'rig'i, bezovtalik, mushaklarda og'riq, ishtahaning pasayishi), kataral belgilarning sust namoyon bo'lishi (tomoqda og'riq, burun bitishi, yo'tal), pulsning minutiga 90-120 tagacha, A/B 110-120 mm.sim.ust., nafas soninig minutiga 20-24 ta bo'lishi kuzatiladi. Gemogramma ko'rsatkichlarining mos ko'rsatkichlarda bo'lishi yoki pasayishga moyilligi. Bemorlarda ko'ngil aynishi, qusish va diareya kuzatilishi mumkin. Bolalarda yo'tal yoki nafas qisilishi nafas olishning tezlashuvi (daqiqada: 2 oygacha- 60 va undan ko'p, 2-12 oygacha 50 va undan ko'p, 12 oylikdan 5 yoshgacha- 40 va undan ko'p), og'ir pnevmoniya belgilari kuzatilmaydi.

Og'ir daraja – tana haroratining yuqori bo'lishi (39°C va undan yuqori), umumiy zaharlanish belgilarining rivojlanganligi (kuchli bosh og'rig'i, butun tanada og'riq hissi, uyqusizlik, anoreksiya, ko'ngil aynishi, qusish); yo'tal, hansirash yoki nafas qisilishi, pulsning minutiga 120 tadan ortishi, A/B ning 100 mm.sim.ust. dan pasayishi, yurak tonlari bo'g'iqligi; nafas soninig minutiga 24 va undan ortishi; leykopeniya, neytropeniya va trombositopeniya. Bolalarda yo'tal yoki nafas qisishi bilan birgalikda quyidagi belgilardan birining bo'lishi.

Markaziy sianoz yoki SpO2 <90%; nafas olishning jiddiy buzilishi (masalan, xirillash, ko'krak qafasi pastki qismining tortilishi hissi). Pnevmoniyaning boshqa

belgilari kuzatilishi ham mumkin: nafas olishning tezlashishi: daqiqada: 2 oylikda-60 va undan ortishi, 2-12 oylik 50 va undan ortishi, 12 oylikdan 5 yoshgacha- 40 va undan ortishi kabi belgilari kuzatilishi mumkin.

O'ta og'ir daraja – kasallikning o'tkir boshlanishi, tez rivojlanadigan umumiy zaharlanish alomatlari kuzatilishi, ma'lum klinik belgilardan so'ng 1 hafta va va ortiq muddatda O'RDS, septik shok, DVS, poliorgan yetishmovchiligi rivojlanish moyilligi oshishi.

COVID-19 og'ir kechishi bo'lgan bemorlarda *o'tkir nafas yetishmovchiligi belgilari*: xurujsimon dag'al yo'tal, hushtaksimon stridor nafas, inspirator hansirash, ovozning yo'qolishi, sianoz va akrotsianoz, taxikardiya, sust to'liqlikdagi puls, yurak tonlarining sustlashishi, arterial gipotoniya; yoshgacha bo'lgan bolalarda markaziy sianoz belgilarining kuzatilishi.

O'tkir tomir yetishmovchiligi belgilari:

Tana haroratining pasayishi, teri qoplamalarining oqimtirligi, sovuq ter bosishi, hush yo'qotilishi bilan kuzatiladigan adinamiya, sianoz va akrotsianoz, taxikardiya, sust ipsimon puls, yurak tonlarining eshitilmasligi, arterial gipotoniya, diurezning kamayishi.

Miya shishi va uning belgilari:

Psixomotor qo'zg'alish va es-hushning buzilishi, patologik tipdagi nafas, taxikardiya bilan almashinib turadigan bradikardiya, yuz giperemiyasi, yengillik keltirmaydigan qusish, tutqanoqlar, o'choqli nevrologik belgilar, meningeal belgilar, arterial bosimning labilligi, giperesteziya, giperakuziya.

O'pka shishi belgilari:

Hansirash va nafas qisilishining kuchayib borishi, sianoz va akrotsianoz, ko'piksion va qon aralash balg'am paydo bo'lishi, tana haroratining pasayishi, sust va tezlashgan puls, o'pkada turli o'lchamdagi quruq va ho'l xirillashlarning eshitilishi.

Koronavirus infeksiyasining tashxisoti

Bemorni erta aniqlash, uni samarali davolash hamda epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni o'z vaqtida tashkil etish ahamiyatlidir.

SARS-CoV-2 sabab bo'lgan infeksiyani laboratoriya tashxisoti uchun PSR usuli qo'llaniladi. SARS-CoV-2 RNKsini PSR usulida aniqlash SARS-CoV-2 tufayli kelib chiqqan infeksiyaga shubha qilingan nafas yo'li kasalliklarining klinik belgilari bo'lgan bemorlarga, ayniqsa, epidemiologik jihatdan xavfli hududlardan kelgan bemorlarga, dastlabki tekshiruvdan keyin darhol, shuningdek ular bilan muloqotda bo'lganlar uchun amalga oshiriladi.

Tadqiqot uchun biologik materiallar: burun, burun-halqum yoki halqumdan olingan surtma, fibrobronxoskop yordamida olingan bronx yuvindilari (bronxolveolyar lavaj), (endo) traxeal, nazofarengial aspirati, balg'am, o'pkaning biopsiya yoki autopsiya materiali, toza qon, zardob, siydik. Laboratoriya tadqiqotlari uchun asosiy biomaterial bu burun, burun-halqum yoki halqumdan olingan surtmadir.

Laboratoriya tadqiqotlari uchun olingan barcha namunalar potensial yuqumli deb qaralishi kerak va ular bilan ishlashda "I – II guruh patogenligi (xavflilik) mavjud mikroorganizmlar bilan ishlash xavfsizligi" talablariga rioya qilinishi kerak. Klinik

namunalarni to'playdigan yoki laboratoriyaga olib boradigan tibbiy mutaxassislar biomaterial bilan xavfsiz ishlashga o'qitilishi, xavfsizlik choralariga qat'iy rioya qilishi va shaxsiy himoya vositalaridan (ShHV) foydalanishlari kerak.

Klinik materiallarni to'plash va uni qadoqlash laboratoriya tashxisoti bo'yicha vaqtincha tavsiyalarga muvofiq II patogen mikroorganizmlar infeksiyasida gumon qilingan materiallar bilan ishlash va to'plashda biologik xavfsizlik talablari va qoidalariga o'rgatilgan tibbiy xodim tomonidan amalga oshiriladi.

Qonning umumiy (klinik) tekshiruvida qizil qon hujayralari, gematokrit, oq qon hujayralari, trombositlar, leykotsitar formulani aniqlashga asoslanadi.

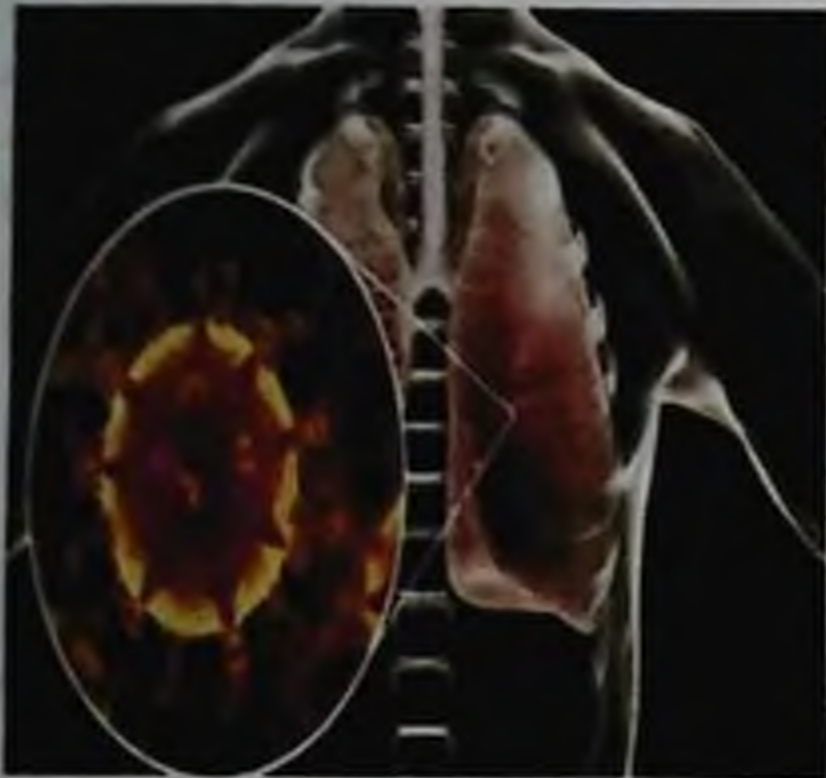
Qonning bioximiyaviy tekshiruvi (mochevina, kreatinin, elektrolitlar, jigar fermentlari, bilirubin, glyukoza, albumin) hech qanday aniq ma'lumot bermaydi, ammo aniqlangan o'zgarishlar a'zo disfunktsiyasining mavjudligini, birga keladigan kasalliklarning dekompensatsiyasini va asoratlarni rivojlanishini ko'rsatishi mumkin, ma'lum taxminiy ahamiyatga ega, davolash vositalarini tanlash, dozalash va rejimini tanlashga yordam beradi.

Qon zardobidagi C-reaktiv oqsil (CRO) darajasi kasallik kechishining og'irligini, yallig'lanish infiltratsiyasining tarqalishi va pnevmoniya taxminiga yo'naltirish vazifasini bajaradi.

O'tkir respirator yetishmovchiligi (O'RE) belgilari bo'lgan bemorlarda (pulsoksimetriya ma'lumotlariga ko'ra SpO₂ 90% dan kam PaO₂, PaCO₂, pH, bikarbonatlar, laktat miqdorini aniqlash bilan arterial qon gazlarini o'rganish maqsadga muvofiq;

– O'NYe belgilari bo'lgan bemorlarga protrombin vaqtini, xalqaro normallashtirilgan nisbati va tromboplastinning qisman faollashtirilgan vaqtini aniqlagan holda koagulogramma o'tkazish tavsiya etiladi.

O'pkaning kompyuter tomografiyasi pnevmoniyaga shubha bo'lgan barcha bemorlarga tavsiya etiladi, agar kompyuter tomografiyasini amalga oshirish imkoniyati bo'lmasa, ko'krak a'zolarining rentgenogrammasi – yallig'lanish jarayonining noma'lum lokalizatsiyasi bilan oldingi to'g'ridan-to'g'ri va lateral proeksiyalarda, o'ng yon tomondagi proeksiyada suratga olish tavsiya etiladi. O'pkaning kompyuter tomografiyasi virusli pnevmoniyani tashxislashda sezgir usuldir. Pnevmoniyaning asosiy topilmasi bu o'pkaning pastki va o'rta zonalarida tarqalgan "Xiralashgan shisha" yoki konsolidatsiya ko'rinishidagi ikki tomonlama infiltratlardir.



Ko'krak qafasi rentgenografiyasida ikki tomonlama qo'shilgan infiltrativ qora dog'lar aniqlanadi. Ko'pincha eng yaqqol namoyon bo'lgan o'zgarishlar o'pkaning bazal qismlarida lokalizatsiyalanadi. Ko'pincha oz miqdorda plevra bo'shlig'idagi suyuqlik ham bo'lishi mumkin;

– Elektrokardiografiya (EKG) barcha bemorlarga tavsiya etiladi. Ushbu tekshiruv hech qanday maxsus ma'lumotga ega emas, ammo ma'lumki, virusli infeksiya va pnevmoniya surunkali birga keluvchi kasalliklarning dekompensatsiyasidan tashqari ritm buzilishlari va o'tkir koronar sindrom xavfini oshiradi, ularning o'z vaqtida aniqlanishi esa kasallik prognoziga jiddiy ta'sir qiladi. Bundan tashqari, EKGdagi ba'zi o'zgarishlar (masalan, QT oralig'ini uzaytirish) bir qator antibakterial dorilarning kardiotoxikligini baholashda e'tiborni talab qiladi.

Kasalxonaga yotqizish zarurligi to'g'risida qaror qabul qilish:

a) bemorning ahvoli og'irligidan qat'iy nazar, SARS-CoV-2 infeksiyasi ehtimolligini ko'rsatadigan anamnestik ma'lumotlar bo'lganda barcha epidemiyaga qarshi choralarga amal qilgan holda, yuqumli kasalliklar shifoxonasiga yotqizish;

b) SARS-CoV-2 tufayli kelib chiqadigan infeksiyaga shubha bo'lmasa, kasalxonaga yotqizish to'g'risidagi qaror bemor ahvolidan og'irligiga va tashxisga bog'liq.

Barcha bemorlarda qiyosiy tashxis qo'yish uchun respiratorli infeksiyalarning qo'zg'atuvchi omillari bo'yicha PSR tadqiqotlari olib boriladi. A va B tipidagi gripp viruslari, respirator- sinsitial virus (RSV), paragripp viruslari, rinoviruslar, adenoviruslar, odam metapnevoviruslari, MERS-CoV, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae type B*, *Legionella pneumophila*, shuningdek pastki nafas yo'llarining bakterial respirator infeksiyalari uchun mikrobiologik diagnostika (kulturalarni tekshirish) yoki PSR tashxisoti o'tkazish majburiydir. Ekspresstaxxisot maqsadida pnevmokokk va legionella antigenuriyasini aniqlash uchun ekspresstestlardan foydalanish mumkin.

COVID-19 qiyosiy tashxisot mezonlari:

Tashxis	Qiyosish tashxisni asoslash	Tekshiruvlar	Tashxisni istisno qilish mezonlari
Gripp	O'tkir boshlanadi, isitma, mialgiya, artralgiya, kataral sindrom, diareya (25% gacha), gemorragik sindrom (og'ir holatlarda)	Aniqlanadi: PSR da gripp virusi RNK si (burundan, bemor O'SVda bo'lsa bronxoalveolyar lavajdan surtmada)	PSR da grippga manfiy natija
Metapnevovirusli infeksiya	O'tkir boshlanadi, isitma, rinit, bronxit, bronxiolit, pnevmoniya Asorati: NE, O'RDS	Aniqlanadi: PSR da metapnevovirus RNK si (burundan, bemor O'SVda bo'lsa bronxoalveolyar lavajdan surtmada)	PSR da metapnevovirusga manfiy natija
Bokavirusli infeksiya	O'tkir boshlanadi, isitma, faringit, bronxiolit, pnevmoniya Asorati: NE, O'RDS	Aniqlanadi: PSR da bokavirus RNK si (burundan, bemor O'SVda bo'lsa bronxoalveolyar lavajdan surtmada)	PSR da bokavirusga manfiy natija
Qizamiq, kataral bosqichi	O'tkir boshlanadi, isitma, kataral sindrom	IFA da maxsus IgM antitelosining aniqlanishi	IFA da qizamiqqa manfiy natija

Virusli va bakterial pnevmoniyaning qiyosiy tashxisoti:

Mezon	Birlamchi virusli pnevmoniya	Virus-bakteriyali pnevmoniya	Ikkilamchi bakterial pnevmoniya
Rivojlanish muddati	Kasallikning dastlabki 12-36 soati davomida	Kasallik boshlanishining birinchi hafta oxiri va ikkinchi haftasi boshida	Kasallikning ikkinchi haftasida
Isitma	Bir to'liqli	Uzoq bir to'liqli yoki ikki to'liqli qaltirash bilan	Ikki to'liqli qaltirash bilan
Yo'tal	Quruq noproduktiv yo'tal (grippda balg'amda qon bo'lishi)	Balg'amli produktiv yo'tal (ipsimon qon laxtalari, shilimshiq-yiringli xarakterda)	Yiring balg'amli yo'tal
Plevral og'riqlar	Kam	Tez-tez	Tez-tez
Auskultativ	Dag'al nafas	Dag'al yoki sust nafas fonida xirillashlarning paydo bo'lishi	Bronxial yoki sustlashgan nafas, mayda pufakchali jarangdor xirillashlar yoki krepitatsiya
Asorat	O'RDS	NE	NE
Rentgenologik sur'at	Diffuz infiltratsiyaning o'choqli fokal konsolidatsiya bilan kombinatsiyasi	Soyalanish diffuz infiltratsiyasi	Soyalanish, o'pka to'qimasi infiltratsiyasi (o'choqli, segmentar, bo'lakli)
Qon klinik tahlili	Leykopeniya, limfotsitoz, trombositopeniya	Leykopeniya, kasallik boshlanishida limfotsitoz va keyinchalik neytrofilyozli leykotsitoz rivojlanishi	Leykotsitoz, neytrofilyoz, ECHT tezlashuvi

Koronavirus Infeksiyasini Davolash

Bugungi kunga qadar COVID-19 qarshi biror bir dori vositalarni qo'llash samaradorligi to'g'risida dalillar bo'lmasada, tadqiqotlar natijasi ko'rsatishicha qator virusga qarshi preparatlar o'z samarasini bergan.



Tibbiy yordam ko'rsatishda bemor ahvoli monitoringi, surunkali nafas yetishmovchiligi va sepsis kabi klinik belgilari hamda bemorning holatiga qarab terapiya tayinlanishi kerak. SARS-CoV-2 bilan kasallangan bemorlarga patogenetik va simptomatik terapiya buyuriladi.

Komorbid kasalliklarni davolash, uning holati va asoratlari ushbu kasalliklar bo'yicha klinik ko'rsatmalarga, davolash standartlariga muvofiq amalga oshiriladi — ushbu qo'llanmada komorbid kasalliklari bilan og'rikan bemorlar guruhiga tibbiy yordamning asosiy xususiyatlarini, boshqa koronavirus infeksiyalari bo'lgan bemorlarni davolashni tahlil qilish natijalariga asoslangan.

Etiotrop davolash:

Adabiyotlardagi ma'lumotlar SARS-CoV-2 va MERS-CoV koronaviruslari bilan bog'liq bo'lgan atipik pnevmoniya bilan kasallangan bemorlarni davolash tajribasi, bir nechta etiologik turli yo'nalishdagi dorilarni kombinatsiyada qo'llanilgan. Bularga lopinavir+ritonavir, ribavirin va interferon preparatlari kiradi. Nashr etilgan ma'lumotlarga ko'ra, ushbu preparatlar hozirda COVID-19 bilan kasallangan bemorlarni davolashda ham qo'llaniladi. Ushbu dori vositalarni qo'llash orqali bugungi kunda e'lon qilingan davolanish natijalari to'g'risidagi ma'lumotlar ularning samaradorligi to'g'risida aniq bir xulosaga kelishga imkon bermaydi, shuning uchun agar bemorga mumkin bo'lgan foyda xavfdan oshsa, belgilangan tartibda tibbiy komissiya qarori bilan ulardan foydalanishga yo'l qo'yiladi.

Kombinirlangan lopinavir + ritonavir OIV infeksiyasini davolash uchun ishlatiladi va virus proteaz ingibitori hisoblanadi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, u shuningdek koronavirus protezasini ham ingibirlash xususiyatiga ega. Ushbu dori

vositasi MERS-CoV infeksiyasini davolashda qo'llangan va hozirda yangi SARS-CoV-2 koronavirusi keltirib chiqaradigan infeksiyani davolashda foydalanilmoqda.

Ribavirin – bu virusli etiologiya infeksiyalari uchun juda ko'p qo'llaniladigan **keng spektrli** virusga qarshi preparatdir. Ribavirin SARS-CoV infeksiyasini Xitoy, Singapur va boshqa mamlakatlarda davolashda ishlatilgan, ammo preparatning jiddiy **nojo'ya ta'sirga** (asosan, anemiya va trombotsitopeniya) sabab bo'lishi mumkinligini **inobatga** olib, undan ehtiyotkorlik bilan foydalanish kerak.

Interferon beta – 1b (IFN – β 1b) antiproliferativ, virusga qarshi va immunomodulyatsion aktivlikka ega. MERS-CoV infeksiyasining hozirgi klinik tadqiqotlarida, IFN- β 1b lopinavir + ritonavir bilan birgalikda qo'llaniladi. O'tkazilgan oldingi in vitro tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, u interferonlarning boshqa variantlari (IFN- α 1a, IFN- α 1b IFN- β 1a) bilan solishtirganda maksimal faollikni namoyish etadi. Yallig'lanishga qarshi sitokinlarning sintezini rag'batlantirish qobiliyati tufayli IFN- β 1b preparatlari ijobiy patogenetik ta'sir ko'rsatishi mumkin. Ammo, OO'RI IFN- α ni parenteral yuborish, yallig'lanishga qarshi omillarning ko'payishi tufayli O'RDS rivojlanish xavfini keltirib chiqarishi mumkin.

Rekombinant interferon 2b (IFN- α 2b) eritma shaklida intranazal qo'llanganda immunomodulyator, yallig'lanishga qarshi va virusga qarshi ta'sirga ega. Ta'sir mexanizmi nafas yo'llari orqali tanaga kiradigan viruslar replikatsiyasini oldini olishga asoslangan.

Yuqoridagi dori vositalarini kombinatsiyada foydalanish ulami monoterapiya sifatida qo'llash bilan solishtirganda samaraliroq bo'lishi mumkin. Quyidagi davolash rejimlarini qo'llash tajribasi tasvirlangan: uch komponentli (ribavirin, lopinavir+ritonavir, IFN- α 2b) va ikki komponentli ribavirin, lopinavir+ritonavir; lopinavir+ritonavir, IFN- α 2b; ribavirin, IFN- α 2b).

IFN- β 1b, ribavirin va lopinavir+ritonavir, shuningdek ularning kombinatsiyasi o'rta-og'ir va og'ir infeksiya holatida samaradorligi oshadi, agar mo'ljallangan **samaraga** salbiy ta'sirlar rivojlanish xavfidan ohsa. Kasallikning yengil darajasida bo'lsa, ularni tayinlash masalasi qat'iy individual ravishda hal qilinadi.

SARS-CoV-2 koronavirus infeksiyasini etiotrop davolash uchun buyurilishi mumkin bo'lgan dorilar ro'yxati jadvalda keltirilgan.

JSST tavsiyalariga binoan, dori vositalarini taxminiy etiotrop samaradorligi bilan buyurish mumkin, shu bilan birga ulardan foydalanish JSST tomonidan tavsiya etilgan axloqiy me'yorlarga muvofiq bo'lishi kerak.

Kattalar uchun etiotrop davolash COVID-19 og'irligidan qat'iy nazar laboratoriya tasdig'i bo'lganda buyuriladi.

Hozirgi vaqtda yagona klinik tadqiqotlar mavjud bo'lib, ular xavf ostida bo'lgan bemorlarda empirik davolashning quyidagi etiotropik samaradorligini hisobga olgan holda tavsiya etiladi:

– kattalar uchun lopinavir/ritonavir: (400 mg lopinavir/100 mg ritonavir) har 12 soatda 10-14 kun davomida tabletka shaklida. Agar dorilarni og'iz orqali yuborishning iloji bo'lmasa, 14 kun davomida har 12 soatda lopinavir/ritonavir (5 ml) nazogastrik naycha orqali yuboriladi;

– ribavirin 0,2 g (200 mg), sutkalik doza 800-1200 mg (bolalar uchun kuniga 10-15 mg), kuniga ikki marta og'iz orqali (ovqat bilan iste'mol qilish) tavsiya qilinadi;

– xloroxin 250 mg (lopinavir/ritonavir va ribavirin samarasizligida) – kuniga 10 mg/kg, ikki marta, 7 kun davomida;

– gidroksikloroxin – 200 mg, sutkalik doza 200-400 mg, 7 kun davomida tavsiya qilinadi.

Patogenetik va simptomatik davolash: KVI bilan og'rigan bemorlarga xizmat ko'rsatadigan barcha bo'limlar pulsoksimetrlar bilan, ishlaydigan kislorod tizimlari va kislorod yetkazib berish uchun bir martali ishlatiladigan interfeyslar (burun kanyula, oddiy yuz niqobi) bilan jihozlangan bo'lishi kerak.

KVI bilan og'rigan bemorlarning klinik jihatdan yomonlashishi, masalan, tez sur'atlar bilan nafas olish, nafas yetishmovchiligi va sepsis kabilarni diqqat bilan kuzatib boring va darhol intensiv terapiyani boshlash maqsadga muvofiq.

Niqob yoki burun kateteri orqali kislorod minutiga 5-7 litr tezlikda, kerak bo'lsa, daqiqada 10 litrgacha beriladi. Ingalyatsiyani tayinlashdan oldin SpO_2 aniqlanadi va 10-15 daqiqadan so'ng o'lchov takrorlanadi. Ijobiy terapevtik ta'sir SpO_2 ning 2% yoki undan ko'proq (PaO_2 60 mm.sm.ust. dan yuqori, SpO_2 92% dan yuqori) oshishi bilan namoyon bo'ladi.

Infuzion terapiya fiziologik suyuqlikning kunlik ehtiyojlari asosida, patologik yo'qotishlarni (qusish, najasning suyuq o'tishi, isitma, terlashning ko'payishi) siydikning soatlik chiqishini hisobga olgan holda belgilanadi.

Suyuqlikning yetarli miqdori (kuniga 2,5-3,5 litr yoki undan ko'p, agar somatik patologiya bo'yicha qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa). Kuchli umumiy zaharlanish, shuningdek, qorinda diskomfort, ko'ngil aynish va / yoki qusishda enterosorbentlar ko'rsatma bo'lib hisoblanadi(kolloid kremniy dioksidi, polimetilsiloksanapoligidrat va boshqalar).

Infuzion terapiya og'ir holatda (reanimatsiya bo'limida), agar ko'rsatma bo'lsa, bemorning holatini, jumladan, qon bosimini, o'pkaning auskultativ ma'lumotlarini, gematokritni (35% dan past bo'lmagan) va diurezni inobatga olib kuzatuv ostida amalga oshiriladi. Infuzion terapiya o'tkazishda ehtiyot bo'lish kerak, chunki suyuqlikni haddan tashqari ko'p quyish qon kislorod bilan to'yinishini pasaytirishi, ayniqsa, sun'iy ventilyatsiya o'tkazish sharoiti cheklanganda, shuningdek O'RDSni keltirib chiqarishi yoki kuchaytirishi mumkin.

Miya va o'pka shishi oldini olish uchun bemorlarga majburiy diurez fonida (furosemid 1% 2 – 4 ml usulida m/o yoki v/i) infuzion terapiya o'tkazish tavsiya etiladi. Yo'talda balg'am ajralishini yaxshilash maqsadida mukoaktiv preparatlar (asetilsistein, ambroksol, karbotsistein) buyuriladi.

Bronxolitik ingalyatsion terapiya (nebulayzer yordamida) salbutamol, fenoterol, kombinatsion dorilar (ipratropiya bromid+fenoterol) bronxial obstruktiv sindrom mavjud bo'lsa tavsiya etiladi.

Simptomatik davolash quyidagilarni o'z ichiga oladi:

– isitmani me'yorlashtirish maqsadida (antipiretik dorilar – parasetamol, ibuprofen);

- rinit yoki rinofaringitning kompleks terapiyasi (namlantiruvchi/eliminatsiyalovchi dori vositalar, nazal dekongestantlar);
- bronxitni kompleks davolash (mukoaktiv, bronxodilatatorlar va boshqa dorilar).

Antipiretik dorilar 38,0-38,5°C dan yuqori haroratlarda, gipertermik sindrom kuchli namoyon bo'lgan holatlarda; bosh og'rig'i, qon bosimining oshishiga va yaqqol namoyon bo'lgan taxikardiyaga (ayniqsa, agar ishemik o'zgarishlar yoki ritm buzilishi mavjud bo'lsa) tana haroratini pasaytiruvchi vositalar 38,0-38,5°C dan past bo'lganda ham qo'llaniladi. Eng xavfsiz preparatlar sifatida parasetamoldan foydalaniladi.

Rinit, faringitni mahalliy davolashda, burun bitishi va/yoki burun oqishi bo'lsa, mahalliy tuzli preparatlardan foydalaniladi (izotonik, burun tiqilishi uchun — gipertonik). Agar ular samarasiz bo'lsa, nazal dekongestantlari qo'llaniladi. Samara bo'lmaganda yoki yaqqol namoyon bo'lgan klinik belgilarda, antiseptik ta'sirga ega bo'lgan turli xil eritmalardan foydalanish mumkin.

COVID-19 infeksiyasi tasdiqlangan homilador bemorlarga homiladorlik paytida yuzaga keladigan fiziologik o'zgarishlarni hisobga olgan holda simptomatik davolash buyurilishi kerak.

SUVCHECHAK

Suvchechak – o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, Herpes viridae oilasiga mansub viruslar chaqiradi. Suvchechak biroz isitmalash, teri va shilliq qavatlarda tiniq suyuqlik tutuvchi mayda pufakchalar toshishi bilan izohlanadi.

Etiologiyasi. Virus 1911 yilda H. Aragao tomonidan topilgan bo'lib diametri 150-200 nm, DNK tutuvchi sferik tanacha shaklida bo'ladi va oddiy uchuq, o'rab oluvchi uchuq virusiga o'xshash bo'ladi. Shuning uchun hozirgi zamon taksonomiyasi va tasnifiga asosan suvchechak – zoster virusi deb nomlanadi. Virus tashqi muhitda chidamsiz va hayvonlar uchun patogen emas.

Epidemiologiyasi. Suvchechak bolalar orasida keng tarqalgan yuqumli kasallik hisoblanadi. Kasallik manbai faqat bemor odam hisoblanadi. Bemor kishi belgilar paydo bo'lgandan 1 sutka oldindan boshlab to oxirgi elementlar paydo bo'lgandan 3 – 4 kun o'tgungacha yuqumli hisoblanadi.

Kasallik manbai bo'lib o'rab oluvchi uchuq bilan og'riqlar hisoblanadi. Kasallik havo-tomchi yo'li, kam hollarda kontakt yo'li bilan yuqadi. Virusning onadan homilaga transplacentar yo'qishi isbotlangan.

Ko'proq maktabgacha yoshdagi bolalar kasallanadi. Mavsumiyligi qish va kuz oylariga to'g'ri keladi. Kasallikdan keyin turg'un hayotiy immunitet qoladi.

Patogenezi. Kirish darvozasi yuqori nafas yo'llari shilliq qavati hisoblanadi. U yerda virusning birlamchi ko'payishi yuz beradi. Limfa yo'llari bo'ylab virus qonga o'tadi. Qon bilan virus teri va shilliq qavatlar epitelial hujayralariga borib joylashadi

va seroz suyuqlik tutuvchi pufakchalar hosil qiladi. Bu suyuqlikda virus ko'plab topiladi. Bundan tashqari, virus asab to'qimasiga ham tropikliligi bor. Kam hollarda ichki a'zolar avvalam bor jigar, o'pka, me'da va ichak zararlanadi.

Klinik ko'rinishi. Yashirin davri 11-21 kun o'rtacha 14 kun. Kasallik qisqa vaqtli subfebril harorat va umumiy ahvoli bir oz o'zgarishi bilan boshlanishi mumkin. Ba'zi bemorlarda boshlang'ich davrida skarlatinasimon yoki qizamiqsimon toshma (resh) toshishi mumkin. Lekin bu toshma ko'proq suvchechak elementlari toshishi avjida kuzatiladi. Odatda kasallik o'tkir, 37,5-38,5°C gacha isitmalash va suvchechak toshmasi toshishi bilan boshlanadi. Toshma birlamchi ko'rinishi – mayda dog'-papula bo'lib, u bir necha soatdan keyin 0,2-0,5 sm li vezikulaga aylanadi. Vezikula yumaloq, yoki oval shaklda bo'lib, yuzaki joylashib, asosida infiltrat bo'ladi, giperemiya hoshiyasi bilan o'ralgan bo'ladi, usti tarang, suyuqligi tiniq. Pufakchalar odatda bir kamerali bo'lib, teshib qo'yilsa puchayib qoladi. Toshmalar birinchi sutka oxiriga kelib quriydi, bo'shashadi va jigarrang qatqaloqqa aylanadi. Qatqalok kasallik 1-3 haftasiga kelib tushib ketadi. Ular o'rmiida 2-3 oygacha pigmentli dog'lar qoladi, chandiq hosil bo'lmaydi. Toshmalar bemor yuzida, bosh sochli qismi, badan va oyoq-qo'llarida toshib, oyoq – qo'l kaftlarida bo'lmaydi. Ba'zida toshmalar og'iz shilliq qavati, kon'yuktiva, kamroq hollarda hiqildoq, jinsiy a'zolar shilliq qavatida toshadi. Suvchechak toshmalari birdan emas, 1-2 kun oralab avjlanib toshadi. Toshma toshishning oxirgi kunida paydo bo'lgan rozeolalar pufakchaga aylanmasligi mumkin. Vezikulalar tiniq suyuqlik bilan to'lgan, yaltiroq bo'lib, 1-2 mm dan 5-6 mm diametrli pufakchalardan iborat. Pufakchalarning tagi yumshoq bo'lib, ba'zan markazida kindiksimon shishi bo'ladi. Vezikulalar bir kamerali bo'lib, teshilsa bo'shab ketadi. 1-2 kundan keyin pufakchalar asta-sekin bo'shashib, quriy boshlaydi, qatqaloq hosil bo'ladi, 6-10 kundan keyin qatqaloq terida iz qoldirmaydi va tushib ketadi. Pufak qatqaloqlanishda bemorlar terisi qichishadi. Suvchechakda toshmalar bir vaqtda emas, balki turtkisimon toshadi. Shu sababli terida bir vaqtning o'zida toshmaning turli rivojlanish bosqichini – dog', papula, pufakcha, qatqalok ko'rish mumkin. Suvchechak toshmalari 1-2 kun oralab avjlanib toshgani uchun terining ma'lum sohasida turli bosqichdagi toshma elementlarini uchratish mumkin. Bunga soxta polimorfizm deb nom berilgan, ya'ni terining ma'lum sohasida rozeola, qatqaloqlar, vezikulalar, papulyoz toshmalarni kuzatish mumkin. Suvchechak toshmalari oz miqdorda toshishi mumkin. Toshmalar tana terisida, bo'yinda, yuzda, boshning sochli qismida, ba'zan kaft va oyoq tagida bo'ladi. Bu toshmalar mayin bo'lib tezda yuzaki eroziyalarga aylanadi. Bunda bir oz og'riq bo'lishi mumkin. Eroziyalar 3-5 kundan keyin bitadi. Har bir toshma toshishi-ya'ni turtki-harorat ko'tarilishi bilan kechadi. Intoksikatsiya belgilari turlicha namoyon bo'lib, toshma ko'p bo'lganda u kuchliroq bo'ladi. Suvchechak toshmalari teri bilan bir qatorda og'iz shilliq pardalarda, burun, halqumda, ko'zda va jinsiy a'zolar shilliq pardalarida

ham paydo bo'lishi mumkin, Halqum va traxeya shilliq pardalariga toshma toshishi va mahalliy shish paydo bo'lishi ovozning bo'g'ilishiga, qo'pol yo'tal paydo bo'lishiga, nafas olishning qiyinlashishiga sabab bo'ladi. Shilliq pardalardagi toshmalar maydaroq bo'lib, 1-2 kunda ularning bitishi kuzatiladi. Og'iz shilliq pardalarida ham toshmalar kuzatiladi. Kasallik tana haroratining o'rtacha ko'tarilishi va yengil zaharlanish belgilari bilan o'tadi. Haroratning ko'tarilishi asosan 3-5 kun, og'ir hollarda 6-8 kun davomida kuzatiladi. Limfa tugunchalari katta no'xat yoki loviyadek kattalashadi, og'riqsiz bo'ladi. Og'iz shilliq pardalarida toshma bo'lsa, murtak limfa tugunlari kattalashishi mumkin. Suvchechakda o'pka yallig'lanishi (zotiljam) rivojlanishi, jigar, buyrak, taloq, oshqozon-ichak, oshqozon osti bezi, jinsiy a'zolar shikastlanishi mumkin. Qonda suvchechakka xos o'zgarishlar bo'lmaydi. Birinchi kunlari leykopeniya, limfotsitoz, monotsitoz, ECHT biroz tezlanishi kuzatiladi. Ba'zan qisqa muddali leykotsitlar soni 20-30 minggacha oshishi mumkin. Klinik amaliyotda 1975 yilda Yunusova X.A. tomonidan tuzilgan suvchechakning klinik tasnifidan foydalaniladi. Bunda suvchechak turlari, og'irligi, kechishi bo'yicha guruhlantirilgan.

Kasallik klinik tasnifi bo'yicha tipik va atipik suvchechak tavofut qilinadi.

Tipik shakli:

Yengil;

O'rtacha og'ir;

Og'ir shakllariga bo'linadi.

Atipik shakllari:

Rudimentar;

Gemorragik;

Gangrenoz;

Tarqoq (visseral) suvchechak kiradi.

Kechishi bo'yicha:

Tekis, asoratsiz;

Asoratli kechishi mumkin.

Kasallikning yengil shaklida bemorning ahvoli o'zgarmaydi. Terida toshmalar tarqoq joylashgan bo'lib, toshmalar polimorfizmi yaxshi ifodalangan bo'ladi. Bunda kasallik boshida tana harorati 37,5-38,5°C gacha ko'tariladi, zaharlanish belgilari juda sust, toshmalar siyrak bo'ladi. Bir xil hollarda toshmalar ko'p toshadi, lekin toshmalar dog' va papulaga ega bo'lib, pufakchalar hosil bo'lmaydi, 1-2 kunda yo'qoladi. Enantema kam uchraydi. Tana harorati qisqa muddatli 38°C gacha ko'tariladi. Toshmalar 2 kun davomida toshadi.

Tipik o'rta og'irlikdagi shaklida toshmalarning ko'p toshishi, tana haroratining 38-38,5° C gacha ko'tarilishi va umumiy ahvolning birmuncha o'zgarishi bilan

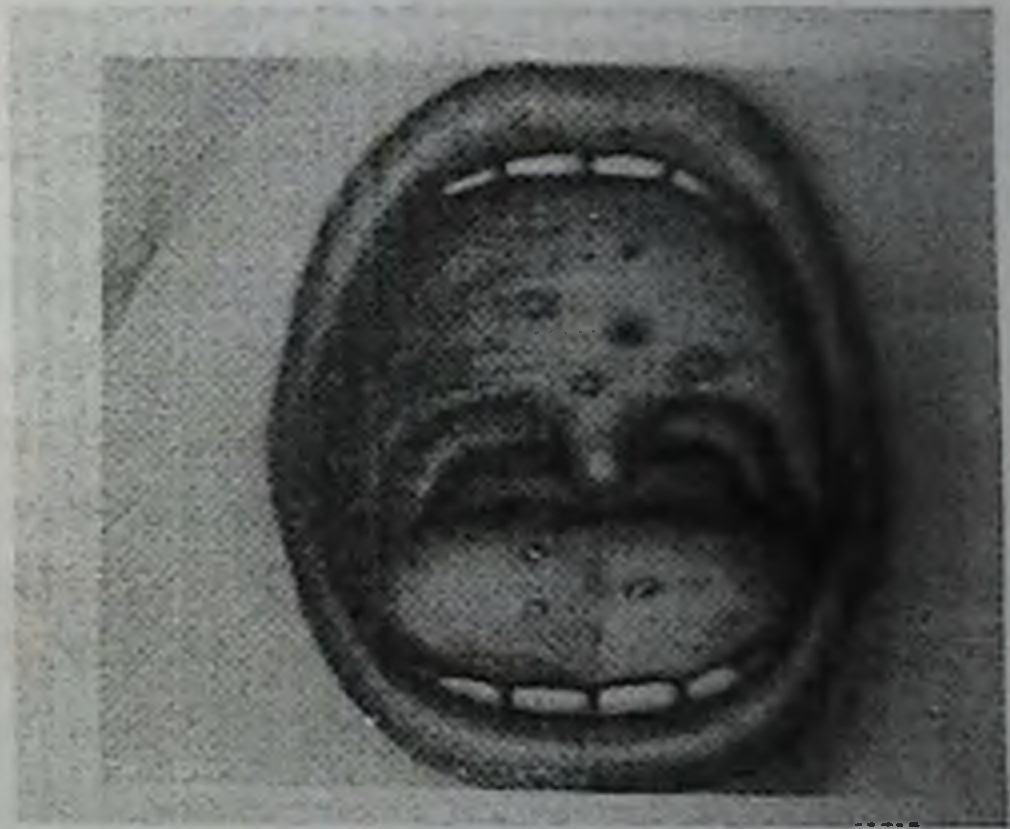
kechadi. Ko'pincha enantema kuzatiladi. Bunda toshmalar ko'p, shilliq qavatlarda ham toshadi.

Og'ir shaklida harorat 39,5-40° C gacha ko'tariladi, toshmalar juda ko'p, yirik bo'ladi. Kasallik avjida neyrotoksikoz, talvasalar, meningoensefalitik belgilar kuzatilishi mumkin. Bemorning umumiy ahvoli sezilarli buzilgan. Zaharlanish belgilari yaqqol namoyon bo'lib, harorat yuqori ko'rsatkichlarda saqlanadi, anoreksiya, qayt qilish, uyqu buzilishi, kuchli qichish, hamma bemorlarda kuzatiladi. Shuningdek, yaqqol ifodalangan enantema bo'ladi. Toshma polimorfizmi sust bilinadi, ularning hammasi pufakchalarga aylanadi. Toshmaning qurishi va qobiq hosil bo'lishi sekinlik bilan bo'ladi. Toshmalar 7-9 kun va undan ko'proq davom etadi. Tipik turlaridan tashqari suvchechakning atipik (rudimentar, og'ir kechadigan, papullyoz, bullyoz, gangrenoz, gemorragik) turlari mavjud. Kasallikning bu turlari organizm immun holatiga, yoshga bog'liq bo'lgan sezgirlikka va bola organizmning holatiga bog'liq.

Atipik shakllarga rudimentar, gemorragik, gangrenoz, tarqoq (visseral) suvchechak kiradi.

Rudimentar shakli qoldiq spesifik immuniteti borlarda, yashirin davrida immunoglobulin, plazma olgan bolalarda uchraydi. U rozeolyoz-papulyoz toshmalar, oxirigacha rivojlanmagan pufakchalar toshishi bilan izohlanadi. Isitmalash va zaharlanish belgilari kuzatilmaydi.

Tarqoq (visseral) shakli ko'proq chaqaloqlarda uchraydi, ba'zida og'ir kasalliklarni boshidan kechirgan yoki immunodepressiv preparatlar qabul qilgan kattaroq yoshdagi bolalarda ham uchraydi. Kasallik gipertermiya, kuchli zaharlanish va ichki a'zolar zararlanishi bilan kechadi. Kasallik juda og'ir, ko'p o'lim holati bilan kechadi. Patologoanatomik



6-rasm. Suvchechak kasalligi tarqoq shakli

tekshiruvda jigar, o'pka, oshqozon osti bezi, buyrak usti bezi, timus va taloq kabi a'zolarida mayda nekroz o'choqlari topiladi.

Gemorragik shakli ham kuchsizlangan, gemoblastoz yoki gemorragik diatezlar bilan og'irgan, gormonlar va sitostatiklar qabul qilgan bolalarda uchraydi. Bunda bemorlarda kasallikning 2-3 kuni pufakchalar yoriladi. Teri va shilliq

qavatlarga qon quyilishi, burundan qon ketish, qon qusish kuzatiladi. Oqibati ko'pincha noxush tugallanadi.

Gangrenoz shaklida gemorragik pufakchalar atrofida yalliglanish paydo bo'lishi bilan izohlanadi. Keyinchalik pufakchalar o'mida qatqaloqli nekrozlar hosil bo'ladi. Qatqaloqlar tushib ketganda ular o'mida chuqur yaralar qoladi. Yaralar kattalashib bir biri bilan qo'shib ketadi. Gangrenoz shakli uzoq vaqt kechib, septik xarakterga o'tishi mumki.

Kechishi: Tipik hollarda suvchechak yengil kechadi. Harorat kasallikning 3-5 kunida normallasadi. Og'ir hollarda isitma va toshmalarning 7-10 kungacha cho'zilishi kuzatiladi. Qatkaloqlar 7-14 kunda tushadi. Ular o'mida uzok vaqtgacha yengil pigmentatsiya, yanada kam hollarda yuzaki chandiqlar qoladi.

Asoratlari. Suचेchakda asoratlar kam. Ular asosan ikkilamchi infeksiyaning qo'shilishi bilan paydo bo'ladi. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda ikkilamchi infeksiyaning qo'shilishi natijasida: piodermiya, impetigo, abscess singari asoratlar paydo bo'ladi. Yengil kechadigan zotiljam kelib chiqishi mumkin. Yosh bolalarda suvchechak atipik rudimentar holda kechadi, bunga sabab tug'ma immunitet bo'lishi yoki inkubatsiya davrida gamma-globulin, qon yoki uning preparatlarini olgan bo'lishidir.

Suvchechakda asoratlar spesifik-aynan virus keltirib chiqargan va bakterial infeksiya qo'shilishi hisobiga bo'ladi. Kasallikning spesifik asoratlariga suvchechak ensefaliti, meningoensefaliti, kam hollarda mielitlar, nefritlar, miokarditlar kiradi. Markaziy asab tizimi kasallik birinchi kunlarida, toshmalar avjiga chiqqanda zararlanishi mumkin. Bunda bemor ahvoli og'ir bo'lishi, gipertermiya, umumiy belgilarning tezda paydo bo'lishi xos. Hushdan ketish, talvasalar kuzatiladi. Ahvoli bir oz yaxshilanganda uchuq va tez utib ketuvchi gemiparez paydo bo'ladi.

Suvchechak ensefaliti ko'pincha qatqaloklar paydo bo'lish davrida rivojlanadi va kasallik o'tkir davri og'irligi bilan bog'liq emas. Ahvoli yaxshilanishi, harorat tushishidan bir necha kun o'tgach holsizlik, bosh og'rishi, qusish, isitmalash kabi belgilar paydo bo'ladi. Tremor, nistagm va ataksiya kabi miya zararlanishi belgilari xos bo'ladi. Bola yurganda gandaraklaydi, yura va o'tira olmaydi, boshi aylanadi. Gapirganda ovozi sekin dizatrik bo'lib qoladi, gipotoniya, harakat koordinatsiyasi buzilishi (barmoq-burun, tizza-tovon sinamalari) kuzatiladi. Meningeal belgilar yuq yoki kuchsiz bo'ladi. Likvor tiniq, ba'zida biroz limfotsitli, sitoz aniqlanadi, oqsil va qand o'zgarmaydi. Oqibati yaxshi. Bir necha kundai keyin ataksiya kamayadi, lekin gandaraklash bir necha payt cho'zilishi mumkin. Suvchechak boshqa asoratlaridan yuz va ko'ruv nervi falaji, mielit, gipotalamik sindrom, ba'zida Reya sindromi, mio-, peri- va endokarditlar, gepatit, glomerulonefrit, keratit va boshqalar kuzatilishi mumkin. Bakterial asoratlaridan flegmona, impetigo, bullyoz streptodermiya,

saramas va limfadenit kuzatilishi mumkin. Stomatit, kon'yunktivit, keratit, kam hollarda krup va zotiljam rivojlanishi mumkin.

Suvchechakning yosh bolalarda kechishi. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda tipik yengil shakli, katta yoshdagi bolalarga nisbatan kam uchraydi. Ko'proq o'rta og'irlikdagi va og'ir shakllari kuzatiladi. Kasallikning tipik hollarida kasallik o'tkir boshlanadi, tana harorati ko'tariladi, toshma toshadi. Toshmalar toshishiga qadar 1-2 kun avval prodromal davr belgilari kuzatiladi: yuqori nafas yo'llarining kataral yallig'lanishi, ishtahaning pasayishi. Varitsella bilan kechadigan kuchli toshmalar toshish vaqtida bevovtalanish, uyquning buzilishi, qaltiroq tutishi, hushdan ketish kuzatiladi. Onasi suvchechak bilan og'rimagan chaqaloqlarda kasallik ko'proq prodromal davrdan boshlanadi va 1-5 kun davom etadi. Yaralar hosil bo'ladi. Kasallikning gangrenoz shakli yaqqol ifodalangan zaharlanish, yuqori va davomli tana harorati ko'tarilishi bilan kechadi. Ayrim hollarda suvchechak kasalligi bilan og'rgan bolalarda kasallikning og'ir shakllari kelib chiqadi (avitaminoz, tuberkulyoz birga kelganda). Suvchechak kasalligida quruq gangrena hosil bo'lishi mahalliy giperergik muolaja natijasidir.

Chaqaloqlar va o'rta yoshdagi bolalarda kechishi. Suvchechak bilan kasallangan 1-yoshgacha bo'lgan bolalar salmog'i 25 % ni tashkil etadi. Bunda bolalarda kasallik umumiy belgilar bilan boshlanadi. Birinchi kunlardan oq, holsizlik, bezovtalik, ishtaha yo'qligi, ba'zida qusish va ichi ketishi kuzatiladi, harorat esa subfebril, hatto normal bo'ladi. Toshma kechroq 2-5 kundan keyin toshadi, odatda mo'l, monomorf bo'ladi. Toshma toshishi og'ir o'tadi. Isitma yuqori bo'ladi, toksikoz ortadi, talvasalar, hushdan ketish kuzatiladi, toshmalar bunda gemorragik ham bo'lishi mumkin. Og'ir hollarda neyrotoksikoz, meningoensefalit kuzatiladi, visseral zararlanishlar aniqlanadi. Suvchechak chaqaloqlar va o'rta yoshdagi bolalarda ko'pincha yiringli o'choqlar (piodermiya, flegmona, abscess, zotiljam va boshqalar) hosil qiluvchi ikkilamchi bakterial infeksiyalar bilan asoratlanadi. Lekin shuni aytib utish lozimki, agar onada qoldiq immunitet bo'lsa yoki bola kasallikka qadar immunologik emlashlarni olgan bo'lsa kasallik yengil, hatto rudimentar shaklda kechishi mumkin.

Tug'ma suvchechak. Agar ayol homiladorlikning birinchi oylarida suvchechak bilan kasallansa suvchechak virusi teratogen ta'siri ehtimoli yuqori bo'ladi. Lekin bunda embrion nuqsonlari, fetopatiyalar juda kam rivojlanadi. Odatda homilador ayolning zararlanishi homila rivojiga deyarli ta'sir qilmaydi. Homiladorlikning oxirgi oylarida zararlansa tug'ma suvchechak bo'lishi mumkin. Kasallik yashirin davri 11-23 kungacha bo'lishini hisobga olsak bola tug'ilgandan keyin, to 11 kunlik bo'lgungacha paydo bo'lgan har bir holat tug'ma suvchechak deb baholanadi. Tug'ma suvchechakning yashirin davri qisqa 6-11 kundan iborat bo'lib, kasallik ko'proq, o'rtacha og'ir yoki og'ir kechadi. Ba'zida o'pka, miokard, buyrak, ichak,

jigar zararlanishi bilan kechuvchi visseral shakli ham uchraydi. Shu bilan birga yengil, hatto bilinar-bilinmas shakllari ham uchrab turadi. Kasallik og'irligi asosan zararlanish muddatiga bog'liq. Agap homilador ayol aynan tug'ish vaktiga yaqin zararlansa chaqalokda kasallik hayotining 5-10 kuni paydo bo'ladi va og'ir kechib, ko'pincha o'lim bilan tugaydi. Agar homilador ayol tug'ishgacha 5-10 kun avval kasallansa bolada suvchechak belgilari tug'ilishi bilanoq paydo bo'ladi va asosan yengilroq kechadi, o'lim hollari bo'lmaydi. Buning sabablari shuki, agar homilador ayol tug'ishdan avvalroq kasal bo'lib qolsa, to chaqaloq tug'ilgungacha unda maxsus antitanalar hosil bo'lgan bo'ladi va bolada kasallik yengil kechadi. Ayni tug'ilgan vaqtida zararlansa onada hali antitanalar bo'lmaydi va bola og'ir kasal bo'ladi. Shuning uchun homilador ayollar suvchechakli bemor bilan muloqotda bo'lgan bulsa va u avval suvchechak bilan og'rimagan bo'lsa oldini olish maqsadida 20 ml immunoglobulin tayinlanadi.

Tashxisoti. Tipik hollarda kasallik tashxisi o'ziga xos klinik ko'rinishlariga asoslanib aniqlanadi. Laborator usullardan vezikulyoz suyuqlikdan surtma olinib, oddiy yoki elektron mikroskopiya usulida tekshiriladi. Serologik usullardan komplementni bog'lash reaksiyasi va IFA qo'llaniladi.

Qiyosiy tashxisoti.

1. Impetigo suvchechakdan toshmalarning ko'proq bemor yuzi va qo'llarida bo'lishi, pufakchalarning sarg'ish-yiringli suyuqlik tutishi, ularning tezda yorilib qalin qatqaloq hosil bo'lishi bilan farq qilinadi.

2. Strofilyusda harorat ko'tarilmaydi, toshmalar qichishib, qalin bo'ladi va ko'proq dumba, yelka, oyoq-qo'llar yozuvchi qismida bo'ladi.

3. Oddiy uchuq tarqoq shakllari ko'proq erta yoshdagi bolalarda uchraydi va to'da to'da bo'lib joylashgan pufakchalarning bir biriga qo'shilib ketishga moyilligi va katta qatqaloqlar hosil bo'lishi bilan izohlanadi. Bunda jigar va taloq hamda limfa tugunlar kattalashadi.

4. Suvchechakda toshadigan skarlatinasimon toshma skarlatinadagi toshmadan joy tanlamasdan toshishi, angina, tomoqdagi yaqqol qizarish, malinasimon til, oqargan burun lab uchburchagi va boshqa skarlatinaga xos belgilar bo'lmasligi bilan farq qilinadi.

5. Suvchechakning gemorragik shakli qizamiqning birinchi toshma toshish kuni va sepsisdan, xususan meningokokksemyadan qiyoslashni talab qiladi.

6. Suvchechak va varioloidni qiyoslash juda qiyin. Suvchechakda yashirin davri 14-21 kun. Varioloid kabi suvchechakda ham toshmalar tarqoq, polimorf toshma elementlari bo'ladi. Varioloid ko'pincha ikkilamchi isitmasiz yiringlash davriga utadi.

7. Gerpetiform dermatitda bemorning umumiy ahvoli qoniqarli holatda dog', papula, yiringchalar, qavariqlar toshishi kuzatiladi. Teri kuchli qichishadi, toshmalar simmetrik joylashadi.

8. Belbog'simon temiratki suvchechakni juda eslatishi mumkin. Temiratkada tuguncha va pufakcha bo'lib, atrofi chegaralangan bo'ladi, pustulaga aylanishi mumkin. Belbog'simon temiratki yuzaki nerv yo'llari yoki nerv chigallari yo'naliishda pufakchalar guruh bo'lib joylashishi bilan xarakterlanadi. Toshma toshgan sohada regionar limfa tugunlari shishadi.

Davosi. Suvchechakda gigiena qoidalariga qat'iy rioya qilish lozim. Vezikulalarga 1 %-brilliant ko'ki yoki 1-2 % li kaliy permanganati eritmasi surtiladi. Margansovka bilan umumiy vannalar tayinlash mumkin. Gormonlar faqatgina ensefalit yoki meningoensefalit qo'shilganda tavsiya etiladi, og'ir hollarda immunoglobulin 0,2-0,5 ml/kg miqdorida tayinlanadi.

Yaxshi natijalarga virusga qarshi preparatlar-adenin arabinozid, asiklovir, viroleks, gansiklovir qo'llanganda erishish mumkin. Bu preparatlar o'rtacha 5 ml/kg/sut fiziologik eritmalarda suyultirilib vena ichiga tomchilab yuboriladi.

Oqibati. Bunda asoratlari kam uchraydi. Tipik hollarda kasallik sog'ayish bilan tugaydi. O'lim hollari faqat yomon sifatli kelganda va og'ir bakterial asoratlari qo'shilganda, asosan chaqaloqlarda va tug'ma suvchechakda uchraydi.

Oldini olish. Bemor oxirgi toshma toshgandan boshlab yana 5 kungacha alohidalanadi. Faqat og'ir va asoratli suvchechak bilan kasallangan bemorlar kasalxonaga yotqiziladi. 3 yoshgacha bolalar avval kasal bo'lmagan bo'lsa va bemor bilan muloqotda bo'lgan bo'lsa aloqaning 2 kunidan to 21 kunigacha alohidalanadi. Yakuniy dezinfeksiya o'tkazilmaydi.

Passiv emlash uchun oddiy donor immunoglobulinidan 0,2-0,5 ml/kg tayinlanadi. Lekin bu preparatda antitanalar miqdori noma'lum. Shuning uchun maxsus Varitsella-Zoster immunoglobulin (VZ-Ig) ishlatiladi va unda 10-18 % gacha globulin va konservant timersol 1:10000 bo'ladi. Bir ampulada (1,25 ml) 125 ED bo'lib, u har bir 10 kg vazniga minimal miqdorini tashkil etadi. Maksimal yuqori miqdor 625 ED (5 ta amp.) VZ-Ig aloqadan keyin 48 soat va 96 soatdan ko'p bo'lmagan vaqtda yuborilsa natijasi yuqori bo'ladi. Juda yaqin aloqa bo'lgan taqdirda preparat quyidagi hollarda yuboriladi:

1. Immunodefitsiti bor sezgir bolalar (sezgir -ya'ni avval kasal bo'lmaganlar)
2. 15 yosh va undan katta sezgir bolalar, hamda seronegativ kattalar
3. Tug'ishiga 5 kun qolganda yoki tuqqandan keyin 2 kun mobaynida kasal bo'lgan onalardan tug'ilgan chaqaloqlar
4. Avval suvchechak bilan og'rigan-og'rimgani haqida ma'lumot bo'lmagan onalardan chala tug'ilgan chaqaloqlar (homiladorlikning 28 haftasigacha)
5. Ona anamnezidan qat'iy nazar chala tug'ilgan chaqaloqlar massasi 1000 g

gacha bo'lsa.

VZ-Ig immuniteti qisqa bo'lgani uchun 3 haftadan keyin qayta muloqot bo'lsa preparat qayta tayinlanishi mumkin. Faol emlash usullari to'liq yo'lga qo'yilmagan.

O'RAB OLUVCHI GERPES (GERPES ZOSTER)

Suvchechak virusi chaqiradigan o'ziga xos kasallik bo'lib, sezgi nervlari yuli bo'ylab joylashuvchi vezikulyoz toshma toshishi bilan xarakterlanadi.

Klinikasi. Kasallik o'tkir isitmalash, sezgir nerv yo'li bo'ylab achishish, qichishish, og'riq va holsizlik bilan boshlanadi. Tezda nerv tolalari yo'li bo'ylab qizarish va keyinchalik esa 1 sutka (ba'zida 2 sutka) ichida avval qizil papula keyin tezda zich joylashgan, tiniq suyuqlik tutuvchi, mayda 0,3-0,5 sm li pufakchalar hosil bo'ladi. Toshmalar qo'shib ketishga moyil bo'ladi. Bir necha kundan keyin suyuqlik xira tortadi, qizarish kamayadi. Birinchi hafta oxiri, ikkinchi hafta boshida pufakchalar quriydi, qatqaloq hosil bo'ladi va qatqaloq o'mida yengil pigmentatsiya qoladi. Ba'zida toshma toshish davri cho'ziladi. Regionar limfa tugunlari kattalashadi. Kasallikni og'ir shakllari ham mavjud, ularga bullyoz, gemorragik, gangrenoz, tarqoq shakllari kiradi. Ko'proq qovurg'a orasi nervlari, uchlamchi nerv, kam hollarda oyoq qo'llar zararlanadi. Jarayon deyarli har doim bir tomonlama bo'ladi. Og'ir shakllaridan tashqari yengil va abortiv shakllari xam uchrab turadi. Bunda pufakchalar hosil bo'lmaydi, jarayon papulalar davrida to'xtaydi. Bolalarda kasallik kam hollarda nevrалgiya bilan kechishi kuzatiladi, yanada kam hollarda nevrалgiya sog'ayishdan keyin saqlanib qoladi. Kattalarda esa nevrалgiyalar kuchli bo'ladi va sog'aygandan keyin ham bir necha oy saqlanib qoladi.

Tashxisoti. O'ziga xos nerv yo'li bo'yicha to'da-to'da bo'lib joylangan pufakchalariga asoslanib qo'yiladi.

Kasallik davosi va profilaktikasi suvchechakda o'tkaziladigan tadbirlarga aynan mos keladi.

INFEKSION MONONUKLEOZ

Infekcion mononukleoz – bu Epshteyn-Barr virusi keltirib chiqaradigan, qo'zg'atuvchisi aerogen mexanizmda yuqadigan o'tkir antroponoz infekcion kasallik bo'lib, siklik kechishi, isitma, limfa tizimining shikastlanishi, tonsillit, faringit, gepatolienal sindrom va gemogrammadagi o'ziga xos o'zgarishlar (limfomonotsitoz, qonda atipik mononuklear hujayralar paydo bo'lishi) bilan tavsiflanadi.

Etiologiya. Epshteyn-Barr virusi (EBV) herpes viruslari guruhiga kiradi (Herpesviridae oilasi, Lymphocryptovirus jinsi), inson herpes virusi 4-turi. Virus DNK saqlaydi, V-limfotsitlarda bu virus uchun retseptorlar mavjudligi sababli ular

uchun tropizmga ega, ularning yuzasida latent shaklda uzoq vaqt saqlanishi mumkin. Atrof muhitga chidamligi past, quritilganda, qaynatilganda, avtoklavlashda, dezinfeksiyalash vositalari bilan ishlov berilganda tezda nobud bo'ladi. EBV, boshqa herpes viruslardan farqli o'laroq, o'limga olib kelmaydi, balki zararlangan hujayralarning ko'payishiga olib keladi. Shuning uchun u onkogen virus sifatida tasniflanadi va OIV infeksiyasida Berkitt sarkomasi, nazofarengial karsinoma, V-hujayrali limfoma va tilning tukli leykoplakiyasining etiologik omili hisoblanadi. Birlamchi infeksiyadan so'ng, u zararlangan hujayralar genomiga integratsiyalashib, butun hayot davomida organizmda saqlanib qoladi. Immunitet tanqisligi rivojlanishi va boshqa bir qator omillarning ta'sirida virusni qayta faollashishi mumkin.

Epidemiologiya. Infekcion mononukleoz hamma joyda uchraydi. Antroponoz. Asosiy yuqish mexanizmi aerogen (havo orqali), kam hollarda kontakt. Qo'zg'atuvchining manbai bemorlar va virus tashuvchilar bo'lib, ularda virus vaqti-vaqti bilan so'lakda paydo bo'ladi, ayniqsa immunitet tanqisligi bilan og'rikan odamlarda, xususan, OIV infeksiyasi holatida. Infeksiyani to'g'ridan-to'g'ri (o'pish) va bilvosita (o'yinchoqlar, idish-tovoqlar, so'lak tekkan buyumlari) kontaktda yuqtirish mumkin. So'nggi paytlarda kasallanishning barqaror o'sish tendensiyasi kuzatilmoqda. Qon quyish paytida infeksiyalanish xavfi mavjud. Insonning EBVga moyilligi yuqori. 40 yoshga kelib, deyarli barcha odamlar EBV bilan kasallanadi, ammo klinik jihatdan ifodalangan shakllar kamdan-kam rivojlanadi. 6 oygacha bo'lgan bolalar passiv immuniteti mavjudligi sababli sezgir emas, 1 yoshgacha ular juda kamdan-kam hollarda kasal bo'lishadi. 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda birlamchi infeksiya ko'pincha o'tkir respiratorli infeksiyalarning "niqobi" ostida sodir bo'ladi yoki simptomsiz kechadi. 3 yoshdan oshganida, bemorlarning 45% da infekcion mononukleozning odatiy ko'rinishi rivojlanadi. Birlamchi infeksiyadan keyin immunitet umrbod, nosteril, kasallikning takroriy holatlari kuzatilmaydi, ammo tegishli klinik ko'rinish bilan virusni qayta faollashishi mumkin.

Patogenez. Qo'zg'atuvchi so'lak bilan kirganda og'iz-halqum infeksiyaning kirish darvozasi va virusning ko'payishi joyi bo'lib xizmat qiladi. Virusning replikatsiyasi V-limfotsitlarda (virusning asosiy nishoni), og'iz-halqum va burun-halqum shilliq qavati, so'lak bezlari chiqaruv yo'llarida sodir bo'ladi. Virus bilan zararlangan V-limfotsitlar intensiv ravishda ko'paya boshlaydi va plazma hujayralariga aylanadi. Immunoglobulinlar darajasi oshadi, T-supressorlar va tabiiy killerlar faollashadi. T-supressorlar V-limfotsitlarning ko'payishini tozmozlaydi. Qonda ularning yosh shakllari paydo bo'ladi — atipik mononuklear hujayralar. T-killerlar infeksiyalangan V-limfotsitlarni antiteloga bog'liq sitoliz orqali yo'q qiladi. T-supressorlarning faollashishi immunoregulyator indeksning pasayishiga olib keladi, bu bakterial infeksiyaning qo'shilishiga yordam beradi. Yuqoridagi jarayonlar limfa tugunlari, halqum, bodomsimon bezlar, taloq va jigarning limfoid hosilalarining kattalashishi bilan birga keladi. Kasallikning og'ir kechishida limfoid tuzilmalarda nekroz, o'pka, buyraklar, markaziy asab tizimi va boshqalarda limfoid infiltratlar paydo bo'lishi mumkin.

Klinikasi. Inkubatsion davr muddati 4 kundan 50 kungacha. Kasallikning yengil, o'rta og'ir va og'ir kechadigan tipik va atipik shakllari bo'lishi mumkin.

Kasallikning surunkali shakli ham kuzatiladi. Infeksion mononukleoz isitma, tomoq og'rig'i va limfa tugunlarining kattalashishi bilan o'tkir boshlanadi. Bir hafta o'tgach, kasallikning eng yuqori avj olish davri keladi: isitma, polilimfadenopatiya, og'iz-halqum va burun-halqumning shikastlanishi, tonsillit, gepatolienal sindrom (jigar va taloqning kattalashishi), gematologik sindrom (o'rtacha leykotsitoz $12-25 \times 10^9/l$ gacha, limfomonotsitoz 80-90% gacha, chapga siljish bilan neytropeniya, plazmatik hujayralar, ECHT 30 mm/soat gacha ko'tariladi, atipik mononuklear hujayralar 10-50% gacha. Intoksikatsiya sindromi sust ifodalangan, ishtahaning pasayishi, charchoq, miasteniya belgilari, bemorlarning turishi va o'tirishi qiyinlashadi. Papulyoz toshma bo'lishi, ayniqsa apmitsillinni qabul qilganda toshishi mumkin. O'rtacha taxikardiya. Harorat reaksiyasi o'zgaruvchan – subfebrildan $38-40^{\circ} C$ gacha, davomiyligi 2-3 kundan 3-4 haftagacha yoki undan ko'p. Asoratlari kam uchraydi. Bularga gematologik (autoimmun gemolitik anemiya, trombositopeniya), nevrologik (ensefalit, bosh miya nervlari falajlanishi, meningoensefalit, Giyena-Barr sindromi, polinevrit va boshqalar), kardiologik (perikardit, miokardit), pulmonologik (intersitsial pnevmoniya) kiradi. Kamdan kam hollarda kasallikning birinchi haftasida taloqning yorilishi yuz berishi mumkin, bu qorin bo'shlig'ida o'tkir og'riqlar bilan birga keladi va splenektomiyaga ko'rsatma bo'ladi.

Davosi. Odatda ambulator sharoitda davolanadi. Uzoq vaqt yuqori harorat, sariqlik, asoratlari yuz berganda klinik ko'rsatmalarga ko'ra kasalxonaga yotqiziladi. Infeksion mononukleozning etiotrop davolanishi yo'q. Lekin kasallik odatda yiringli bakterial tonsillit bilan kechishi sababli, antibiotiklar buyuriladi (benzilpenitsillin 300-500 ming ED har 4 soatda 5-7 kun va boshqa preparatlar). Ampitsillin 80% bemorlarda papulyar toshmalar paydo qilganligi sababli qo'llanilmaydi. Og'ir shakllarda kortikosteroid terapiyasining qisqa kursidan (5-7 kun davomida kuniga 60 mg dozada prednizon) foydalanish yaxshi ta'sir qiladi. Simptomatik vositalar, NYaQPlar qo'llaniladi. Isitma davrida – analgetiklar va isitmaga qarshi preparatlar. Desensibilizatsion terapiya o'tkaziladi – kalsiy glyukonat, odatdagi dozalarda antigistaminlar. Burundan nafas olish qiyinlashganda – kuniga 4-5 marta burun tomchilari (efedrin, boshqa vazokostriktorlar, bu dorilar bilan malhamlar).

Reabilitatsiya. Yarim yotoq rejimi. Ijobiy kechishida bemorlarning ovqatlanishi maxsus cheklovlarni talab qilmaydi, parhez normal, isitmali bemorlarni davolashda qabul qilgandek. Ko'p suyuqlik ichish. Shaxsiy tavsiyalar klinik ma'lumotlarga asoslangan bo'lishi kerak. Shunday qilib, jigarning jiddiy shikastlanishida (qonda bilirubin va amiotransferaza faolligining oshishi bilan pigment almashinuvining buzilishi), № 5-parhez tavsiya etiladi. 1-3 oy davomida polivitaminlarni buyurish kerak. Isitmani to'xtatganda, mashqlar terapiyasi, nafas va umumiy tiklovchi mashqlari, terapevtik yurish buyuriladi. Fizioterapevtik muolajalar patologik jarayonning og'irligi va tabiatiga qarab belgilanadi. Rekonvalessensiya bosqichida umumiy mustahkamlovchi fitopreparatlar (eleuterokokk, jenshen) buyuriladi. Og'ir uzoq muddatli kechishida psixologik reabilitatsiya zarur.

Dispanserizatsiya. Davomiyligi 6 oy. Infeksion kasalliklar bo'yicha mutaxassis va terapevt (bolalar uchun – pediater tomonidan) 10 kundan keyin, 30 kundan keyin, keyin oyda bir marta tekshiruvlar o'tkaziladi. Shifokor ko'rigiga mos

chastota bilan qonning to'liq tahlili o'tkaziladi. Ko'rsatmalarga ko'ra, gematolog (6 oydan ortiq kasallikning uzoq muddatli kechishi, periferik qondagi qoldiq o'zgarishlar), nevropatolog (polinevritda) tomonidan tekshiruvlar buyuriladi. Birinchi 1-3 oyda jismoniy va psixo-emotsional stressni cheklash, to'liq ovqatlanish, ish va dam olish rejimini cheklash tavsiya etiladi. Ishga layoqatsizlikning taxminiy muddati 15-30 kun.

Oqibati. Ijobiy. Og'ir asoratlari (ensefalit, nafas yo'llarining obstruksiyasi, taloqning yorilishi va boshqalar) tufayli o'lim juda kam uchraydi.

DIFTERIYA (BUG'MA)

Bug'ma-difteriya tayoqchalari tomonidan chaqiriluvchi, fibrinoz karashning hosil bo'lishi, nerv va yurak-tomir sistemasini ko'proq zararlanishi, umumiy zaharlanish belgilari bilan kechuvchi o'tkir yuqumli kasallikdir.

Etiologiyasi. Bug'ma qo'zgatuvchisi – Lyoffler tayoqchasi (*Corynebacterium diphtheriae*) -to'g'ri yoki biroz egri, 2-7 mkm o'lchamga ega, chetlari dumaloqlashgan va kengaygan tayoqchadir. Ular harakatsiz, gramm musbat tayoqchalar. Xivchinlari yo'q, spora hosil qilmaydi. Hamma anilin bo'yoqlar bilan yaxshi bo'yaladi. Neysser bo'yicha bo'yalganda oxirlarida valyutin donalari (Babesh-Ernst tanachalari) aniqlanadi. Surtmalarda rim V harfi shaklida joylashadi. O'sish xususiyati va ba'zi biokimyoviy xossalariga ko'ra bug'ma tayoqchalarining 3 ta turi farqlanadi: gravis, mitis, intermedius. Bug'ma tayoqchasi aerob bakteriya bo'lib, u kasallikning asosiy belgilarini asoslovchi ekzotoksin ishlab chiqaradi. Ushbu hossaning bor-yo'qligiga ko'ra, tayoqchani toksigen va notoksigen shtammlari farqlanadi. Kasallikni faqat toksigen shakllari chaqiradi. Difteritik karashda, bemorning kiyimlari, idish-tavoqlarda 15 kungacha, suv va sutda 20 kun saqlanadi. Bug'ma tayoqchalari 0° C gradusda saqlanadi, optimal o'sishi uchun sharoit 37° C gradus. Tik kuyosh nurida tezda o'ladi. Qaynatganda 1 minutda halok bo'ladi.



7-rasm. Bug'ma tayoqchalarining mikroskopda ko'rinishi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai bug'ma bilan kasallangan bemor, rekonvalessent-tashuvchi yoki ko'prok toksigen shtammlarning sog'lom bakteriya tashuvchisi hisoblanadi. Bemor yashirin davrining oxirgi kunlarida, butun kasallik davrida va hattoki barcha klinik simptomlar yo'qolganidan keyin xam yuqumli hisoblanadi. Epidemiologik jihatdan kasallikning yengil, g'ayrioddiy va ekstrabukkal shakllari (teri, ko'z, burun jinsiy a'zolar bug'masi) bilan betob bulgan bemorlar ayniqsa xavfli xisoblanadi. Sog'lom bakteriya tashuvchi bemor yoki rekonvalessent-tashuvchisiga nisbatan xavsizroq hisoblanadi.

Bug'maning tarqalishi asosan havo-tomchi yo'li orqali ro'y beradi. Kontakt va alementar yo'l bilan xam yo'qishi mumkin. Bug'ma tayoqchasi bemor yoki bakteriya tashuvchi organizmidan yutqin yoki burun shillig'i bilan ajraladi va so'zlashuv, yo'tal, aksa urish vaqtida tarqaladi. Zararlanish bevosita muloqot (o'pishish) orqali xam ruy berishi mumkin. Zararlangan narsalar (o'yinchoqlar, idish-tovoqlar, kiyim-kechaklar), kamroq oziq-ovqatlar orqali kasallikning yo'qishi ham ehtimoldan xoli emas.

Teri, jinsiy a'zolar, ko'z bug'masida zararlanish bemor ajratmalarini iflos qo'llar, suv orqali ro'y beradi.

Bug'maga nisbatan beriluvchanlik indeksi 0,06-0,15 ni tashkil qiladi. Bug'ma bilan kasallanish uchun mavsumiylik xos. Kasallik ko'prok kuz-kish fasllarida uchraydi.

Bug'ma uchun kasallanishning ma'lum muddat ichida (5-8-10 yil) oshib borishi xos.

Patogenezi. Bug'ma tayoqchasi halqum, hiqildoq, burun shilliq qavatida; kamroq esa terida joylashib olib shilliq qavatning nerv oxirlariga ta'sir etuvchi, shilliq qavat epiteliysida koagulyatsion nekroz va yallig'lanish jarayonini chaqiruvchi

ekzotoksin ishlab chiqaradi. Bug'ma toksiniga ayniqsa tomir devorining nerv oxirlari sezgirdir. Bunda tomirlar elastikligi yo'qoladi, ular kengayadi, qon oqimi sekinlashadi va qonning suyuq qismini atrof to'qimalarga ajralishi ro'y beradi. Bunda oqsil va xususan fibrinogenga boy ekssudat hosil bo'ladi. Ekssudat epiteliy nekrozi natijasida ajraluvchi trombokinaza ta'siri ostida fibringa aylanadi. Zararlangan epiteliyning anatomik tuzilishiga ko'ra fibrinoz yallig'lanish difteritik yoki krupoz bo'lishi mumkin.

Toksinning ta'siri nafaqat shilliq qavat bilan chegaralanadi, balki u limfatik yo'llar bo'ylab ichkariga kirib borib, hududiy limfa tugunlarining yallig'lanishini chaqiradi. Agar bug'ma toksini ko'p miqdorda so'rilsa va u kuchli bo'lsa, bunda halqum yumshoq to'qimalari va to'qima osti kletchatkasining shishi kuchli ifodalanadi. Bu shish toksik formasining erta belgisi hisoblanadi. Organizm zaharlanishining kuchliligi toksik bug'maning og'irlik darajasini belgilaydi.

Mahalliy o'zgarishlardan tashqari, qonga kirib borgan toksin ta'sirida organizmning umumiy zaharlanishi: yurak-tomir tizimi tomonidan o'zgarishlar, periferik nervlar, buyrak usti bezlari va buyraklarning zararlanishi belgilari kuzatiladi.

Yurak-tomir tizimidagi o'zgarishlar turli-tuman bo'lib, ular kasallikning og'irlik darajasi va kasallik davriga bog'lik bo'ladi. Kasallikning birinchi haftasi boshlanishida miokardit rivojlanadi. U oraliq to'qimalarda degenerativ o'zgarishlar bilan tavsiflanadi. Yurak o'lchamlari kattalashadi, bo'shashadi, ba'zan devor oldi tromblar hosil bo'ladi. Ushbu tromblar bosh miya tomirlari emboliyasini chaqirishi mumkin. Buning natijasida markaziy falajlar rivojlanadi.

Markaziy nerv tizimi tomonidan agar kasallikning birinchi kunlarida toksik bug'ma rivojlanishi natijasida o'lim ro'y bersa, unda jasadni tekshirish mobaynida miya shishi, ko'p qonlik, perivaskulyar shish belgilari aniqlanadi. Periferik nervlardagi o'zgarishlar ko'prok nerv tolalarining mielin va shvann qobig'larini jarayoniga jalb etilishi, markaziy o'q silindrining kuchsiz shikastlanishi bilan kechuvchi parenximatoz nevrit ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Simpatik gangliylar va bosh miya chigallari tomonidan, tomirlar faoliyati buzilishidan tashqari, ganglioz hujayralarning degeneratsiyasi aniqlanadi. Bug'maning toksik shakllarida buyrak naychalari, buyrak usti bezining miya va qobiq qavatlarida degenerativ o'zgarishlar kuzatiladi.

Klinikasi. Jarayonning joylashishiga qarab halqum, burun, hiqildok, kekirdak, bronxlar, quloq, jinsiy a'zolar, oshqozon-ichak yo'li, o'pkalar, teri bug'malari farqlanadi. Ba'zi hollarda bir nechta a'zoning birdaniga zararlanishi kuzatiladi (aralash shakli).

Bug'maning klinik tasnifi.

1. Tomoq bug'masi:

- Lokal shakli: kataral, orolchali, pardali;
- Tarqalgan shakli;
- Toksik shakli: 1-daraja, 2-daraja, 3-daraja;
- Gemorragik sindrom bilan kechuvchi;
- Gipertoksik.

2. Nafas yo'llari bug'masi:

- lokal shakli (hiqildoq bug'masi);
- tarqalgan shakli;
- bug'ma laringotraxeiti;
- bug'ma laringotraxeobronxiti.

3. Burun bug'masi.

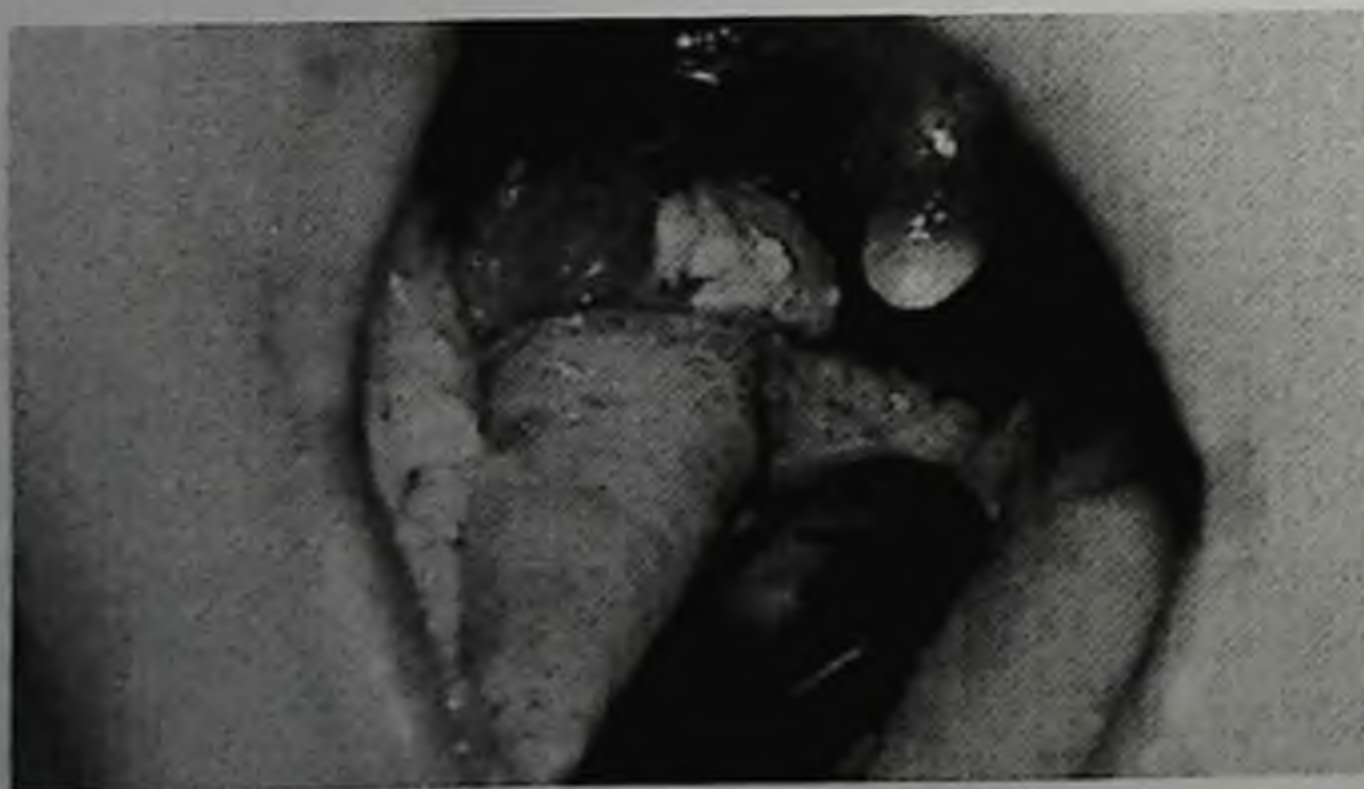
4. Ko'z bug'masi.

5. Teri va jinsiy organlar bug'masi.

Halqum bug'masi.

Yashirin davri 2-7 kun ba'zida 10 kungacha cho'ziladi. 90-95% hollarda halqum bug'masi uchraydi. Kasallik yengil zaharlanish, murtak bezlarining o'rta miyona shishishi bilan tavsiflanadi. Karash faqat murtak bezlarida joylashadi yoki umuman bo'lmaydi.

Pardali shakli: Kasallik umumiy holsizlik, bosh og'rig'i, tana haroratining 37-38,5° C gacha ko'tarilishi, tamoqda og'riq bilan boshlanadi. Xarorat 1-3 kun ichida oshadi. Halqumda kuchli ifodalanmagan dimlanishli xususiyatga ega qizarish, murtak bezlari va yumshoq tanglaylarning kuchsiz shishganligi aniqlanadi. Murtak bezlarida oqish-kulrang, yaltiroq qarashlar kuzatiladi. Karash shilliq qavat yuzasidan balandroq joylashadi va to'qimalar bilan zich bog'langan bo'ladi.



7-rasm. Halqum bug'masi pardali shakli.

Karash olinganda murtak bezi yuzasida qon oquvchi eroziyalar hosil bo'ladi. Karashli plyonka 2 ta shpatel orasida ezilmaydi, ko'pincha «qonli qavatga» ega bo'ladi. Karash suvga solinganda erimaydi va o'z shaklini o'zgartirmaydi. Jag' osti, bo'yin limfa tugunlari kattalashadi, qattiqlashadi, ba'zan og'riqli bo'ladi. Kasallikning birinchi kunlarida tomir urishining tezlashuvi, bosh og'rishi, rangparlik, holsizlik, lanjlik, ishtahaning pasayishi, AQB ning biroz ko'tarilishi, ba'zida yurak tovushlarining biroz bo'g'iqlashishi qayd etiladi. Bug'maga qarshi zardobning erta kiritilishida bug'maning plyonkali shakli bilan kasallangan bemorlarning umumiy ahvoli tezda yaxshilanadi, karash 2-4 kun davomida yo'qoladi. Kasallik ko'pincha asoratsiz kechadi va bemorning to'liq sog'ayishi bilan yakun topadi.

Halqum bug'masining orolchali shakli hozirgi davrda ko'p uchrovchi turlardan bo'lib, u ko'pincha emlanganlarda kuzatiladi va yengil kechadi. Tana harorati ko'tarilmasligi xam mumkin. Intoksikatsiya belgilari kuchsiz rivojlangan bo'ladi. Halqumda kuchsiz giperemiya, bodomcha bezlari bir oz shishgan bo'lishi kuzatiladi. Murtak bezlarining bo'rtib turgan qismlarida karash orolchalar ko'rinishida, bitta-ikkita yoki ko'p sonli joylashadi. Ularning konsistensiyasi zich bo'ladi. Kasallikning birinchi kunlarida ular tampon yordamida qisman yoki to'liq ravishda qiyinchilik bilan ajraladi, fibrinoz xususiyatga ega bo'ladi.

8-rasm. Halqum bug'masi orolchali shakli.

Halqum bug'masining kataral shakli emlangan bolalarda kuzatiladi. Halqum bug'masining atipik turiga kiradi. Bemorlarning umumiy ahvoli deyarli buzilmaydi. Ba'zan yutinganda tomoqda og'riq, tana haroratining biroz oshishi yoki me'yoriy bo'lishi aniqlanadi. Halqumda murtak bezlarining biroz qizarishi va shishganligi aniqlanadi, lekin karash bo'lmaydi. Pastki jag' burchagi limfa tugunlari biroz kattalashgan va og'riqsiz bo'ladi. Faqat bakteriologik va serologik tekshiruvlardan keyin aniqlanadi.



Bug'maning tarqalgan shakli 7-12% hollarda uchraydi. Kasallikning bu shaklida karash halqumdan atrofdagi to'qimalarga (tanglay ravoqlari, tilcha, yumshoq tanglay, yutqinning orqa devori, burun, hiqildoq, og'iz shilliq qavatiga) o'tib boradi.

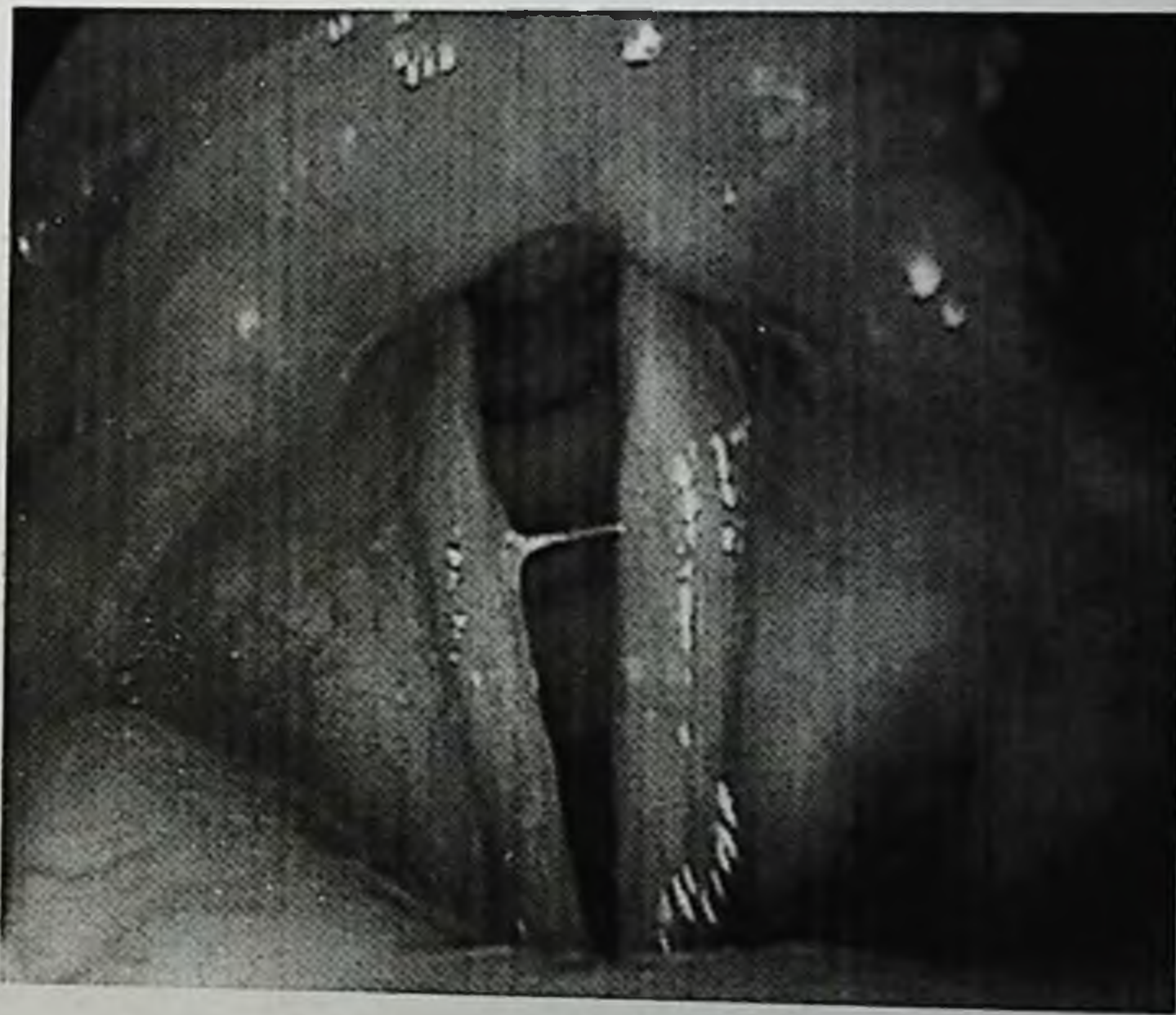
Zaharlanish belgilari kuchli, tonzilyar limfatik tugunlar kattalashgan bo'ladi. Yutinganda og'riq, tomoq va bodomcha bezlarida qizarish kuchli bo'ladi. Zardob yuborilganda karash 4-5 kunda yo'qoladi.

Halqum bug'masining boshqa a'zolar (xiqildoq, burun, ko'z, jinsiy a'zolar va teri) shilliq qavatining zararlanishi bilan birga kechishi «aralash shakl» deb baholanadi. Halqum bug'masining tarqalgan shaklida bemorlarning umumiy ahvoli kupincha og'ir bo'ladi. Tana xarorati 38-39⁰C va undan ko'proqgacha oshadi. Bemorlarni bosh og'rig'i, holsizlik, tomoqda, ba'zan esa qorinda kuchsiz og'riq bezovta qiladi. Ko'rikda bemor terisining rangparligi kuzatiladi. Bemor holsiz, ba'zida ta'sirchan, uyquchan bo'ladi. Kechqurun alahsiraydi. Ishtahasi yo'q, ba'zan ko'ngil aynish qayd etiladi. Halqum kuchsiz qizargan, murtak bezlari kattalashgan bo'ladi. Murtak bezlarining yuzasida, tanglay ravoqlarida va halqumning shilliq qavatida oqish-kulrang, yaltiroq fibrinoz karashlar kuzatiladi. Ular shilliq qavat bilan zich bog'langan, konsistensiyasi esa qattiq bo'ladi. Hududiy limfa tugunlari kattalashgan, qattiqlashgan, og'riqli bo'ladi. Yurak-tomir tizimi tomonidan o'zgarishlar kuzatilishi mumkin. Bunda AQB ning pasayishi, yurak tonlarining bo'g'iqlashishi, toza bo'lmagan birinchi ton yoki yurak cho'qqisida sistolik shovqin aniqlanadi. Bug'ma uchun xos bo'lgan asoratlar rivojlanishi mumkin. Bug'maga qarshi zardob qo'llanilganda bir sutkadan keyin bemor umumiy ahvolining yaxshilanishi, tana haroratining me'yorlashishi, karashning kattalashishi to'xtaydi, 6-7 kundan keyin halqum tozalanadi.

Halqum bug'masining toksik shakli 20-25% hollarda uchraydi. O'tkir boshlanadi. Kasallik barcha belgilari o'ta tez rivojlanadi. Bemorda to'satdan keskin holsizlik, bosh og'rishi paydo bo'ladi. Tana xarorati birinchi 2 kun ichida 39-40⁰ C gacha ko'tariladi. Harorat 3-4 kun davomida saqlanadi. Titroq, ba'zan qorinda og'riq, yutinganda og'riq kuzatiladi. Keskin rangparlik, lablarning ko'karganligi, keskin adinamiya va holsizlik, kamroq qo'zg'alish ko'zga tashlanadi. Kasallikning birinchi soatlari va kunlarida taxikardiya (1 daqiqada 140-160 ta tomir urishi) qayd etiladi. Halqumda murtak bezlari va halqum yumshoq to'qimalarida giperemiya, ko'karish, shish kuzatiladi. Kasallik boshida murtak bezlarida to'rsimon karashlar paydo bo'ladi. Ular tez qattiqlashadi va birinchi sutka oxirlarida ular iflos kulrang zich karashlarga aylanadi. Zardobli davolash boshlanguncha karashlar qalinlashadi, yuzasi notekislashadi. Karashlar murtak bezlaridan tashqariga tez chiqadi va burun-yutqin, tilcha, tanglay ravoqlari, qattik tanglay shilliq qavatiga tarqaladi. Og'izdan chirindi hid kela boshlaydi. Hududiy limfa tugunlarining kattalashishi 1 sutka oxirida 2-sutka boshlarida paydo bo'ladi. Bundan tashqari, bo'yin teri osti to'qimalarining shishi rivojlanadi. Shish xamirsimon qattiqlikka ega bo'ladi. Shishning qanchalik rivojlanganligidan zaharlanish darajasini bilsa bo'ladi. Agar shish bir tomonlama bo'lib, u faqat hududiy limfa tugunlari atrofida joylashsa-bu subtoksik shakl. Agar u

2-bo'yin burmasigacha yetsa-bu **I-darajali toksik**, agar u o'mrovgacha yetsa-bu **II-darajali toksik**, agar u o'mrovdan pastroqqa tushsa-bu **III-darajali toksik** shakl hisoblanadi. Gipertoksik shaklida intoksikatsiya belgilari juda kuchli: gipertermiya, bosh aylanishi, bosh og'rig'i, talvasa, hush yo'qotish, ko'p martalab qayt qilish kuzatiladi. Bemorlar terisi oqish, taxikardiya, tez-tez nafas olish, qon bosimining tushishi bo'ladi. Gemorragik shakllarida shu klinik belgilarga qo'shimcha karashlar qon bilan bo'langan bo'ladi. Terida qon quyilishlar, burun va milklardan qon ketishlar kuzatiladi.

Hiqildoq bug'masi yoki chin krup alohida kamdan kam hollarda uchraydi. Umumiy bug'ma bilan kasallanganlarning 1-2% tashkil qiladi. Ko'proq 1-3 yoshli bolalarda uchraydi. Nafas yo'llari alohida (birlamchi krup) yoki halqum, yoki burun bug'masi bilan birgalikda (ikkilamchi krup) rivojlanishi mumkin.



9- rasm. Hiqildoq bug'masi.

Jarayonning tarqalishiga ko'ra chegaralangan va tarqalgan shakllar farqlanadi. Chegaralangan shaklda jarayon faqat hiqildoqni, tarqalgan shaklda esa kekirdak (laringotraxeit-krupning A turi) yoki undan ham pastroqqa tarqalishi (laringotraxeobronxit-krupning «tushib boruvchi» B turi) mumkin.

Hiqildoq bug'masining klinik belgilari quyidagilardan iborat: birinchidan bemorning ovozi pasayadi, so'ng butunlay yo'qoladi; ikkinchidan, uni quruq, dag'al, akkilovchi yo'tal bezovta qiladi; uchinchidan, shoqinli, siquvchi nafas kuzatiladi.

Hiqildoq bug'masining klinikasi 3 ta bosqichdan iborat: kataral, stenotik va asfiktik. Har bir bosqich davomiyligi bir necha soatdan 2-3 sutkagacha yetadi.

Kataral bosqichida xarorat 37,5-38 °C gacha kutarilib, ovozi bir oz bug'iqlashadi. Yo'tal avval quruk, so'ngra akkilovchi bo'ladi.

Stenotik bosqichida nafas olishi qiyinlashadi, ovoz afonik bo'ladi. Nafas olishi shovqinli, qovurg'alararo muskullar nafas olishda qatnashadi. Bemor bezovta o'ziga joy topa olmaydi, qo'rquv hisi paydo bo'ladi. Dastlab burun lab uchburchagida, so'ngra akrotsionoz kuzatiladi. O'pkada nafas pasaygan, paradoksal puls kuzatiladi. Stenotik bosqich 1-2 kun davom etadi.

Asfiktik bosqichda bemorlar behol bo'lib, nafas olishi yuzaki, teri qoplamalari kulrang, muskullar gipotonik, oyoq -qo'llari sovuq, qorachiqdari kengaygan, hushi yo'q, talvasalar kuzatiladi. Arterial qon bosimi aniqlanmaydi. Nafas va yurak yetishmovchiligidan o'lim kuzatiladi.

Burun bug'masi kam uchraydi. Ko'pincha yengil kechadi va tez diagnostika qilinmaydi. Bunda bemorning umumiy ahvoli o'zgarmaydi. Tana harorati subfebril yoki me'yoriy bo'ladi. Burun bitadi yiringli yoki yiring-qonli ajralmalar keladi. Avval jarayon bir tomonlama bo'ladi. Ko'ruvda burun yo'llarining shish sababli torayishi, burun shilliq qavatining, yuqori labning ta'sirchanligi (bu teri burmasida) aniqlanadi. Burun bug'masining kataral yarali shaklida qizargan shilliq qavatda qonli qatqaloqlar va yuzaki eroziyalar ko'rinadi. Pardali shaklda karashlar oqish kulrang bo'lib, ular burun to'sig'ining shishgan shilliq qavati bilan zich bog'langan bo'ladi.

Ko'z bug'masida dastlab bitta ko'z, 2-3 kundan keyin ikkinchisi zararlanadi. Kon'yunktivada, ko'z olmasida kulrang karash kuzatiladi. Qavoqlar shishgan, yiring, qonli ajralmalar bo'ladi. Og'ir formalarida intoksikatsiya belgilari kuzatiladi.

Bug'maning kam uchraydigan shakllari - boshqa a'zolar shilliq qavatlari va terining zararlanishi kamdan-kam uchraydi va ko'pincha kuchsizlangan, ozib ketgan bolalarda uchraydi. Kasallik g'ayrioddiy kechadi, shuning uchun tashxisot uchun qiyinchiliklar tug'diradi.

Asoratlari. Bug'maning spesifik va nospesifik asoratlari tafovut qilinadi. Spesifik asoratlarga infeksiyon toksik shok, miokardit, nerv sistemasining zararlanishi, toksik nefroz kiradi. Nospetsifik asoratlari: pnevmoniya, o'tkir buyrak yetishmovchiligi, otitlar, limfadenitlar. Kasallikning birinchi haftasida kuzatiladigan asoratlarga infeksiyon toksik shok va toksik miokardit kiradi. Miokarditlar erta va kechki bo'ladi. Erta miokarditlar kasallikning 5-8 kuni kuzatilib og'ir o'tadi. Bemorlar behol, bo'ladi. Qayd qilishi, qorinda og'riq kuzatilishi mumkin. Yurak chegaralari kengaygan, tonlari bo'g'ik, sistolik shovqin eshitiladi. Bunda bemorning

umumiy ahvoli og'ir bo'ladi. Terisi rangpar kulrang tusga ega bo'ladi. Lablari ko'karadi. Holsizlik, anoreksiya, adinamiya, ba'zan keskin qo'zg'aluvchanlik, qorinda va yurak soxasida og'riq, ko'p marta qusish qayd etiladi. Yurak chegaralari har tomonlama keskin kengayadi, tovushlar bug'iqlashadi.

EKG da miokard qisqarishi qobilyatining buzilishi, o'tkazuvchanlik va koronar qon aylanishning buzilishi qayd etiladi.

Yengil miokarditlar bug'maning I darajali toksik va subtoksik shakllarida, kamroq chegaralangan bug'mada kuzatiladi. Og'ir miokarditlar bug'maning yomon sifatli shakllarida kuzatiladi.

Kechki miokarditlar kasallikning 2-kunidan keyin kuzatiladi. Yengil va o'rta og'ir ko'rinishida kechadi.

Miokadagi o'zgarishlarning orqaga qaytishi sekin (1-2 oy davomida), og'ir hollarda esa undan ham ko'prok vaqt davom etadi. Kupchilik bemorlarda bu o'zgarishlar to'liq yo'qoladi.

Nerv tizimining zararlanishi falajlar va parezlar bilan namoyon bo'ladi. Kech va erta rivojlanuvchi. Yengil, o'rta og'ir va og'ir kechuvchilarga bo'linadi. Ular markaziy va periferik bo'lishi mumkin.

Periferik falajlar mononevritlar (ko'pincha bosh miya nervlarining III, IV, VII, IX, X juftlari zararlanadi), poliradikulonevritlar ko'rinishida kechadi.

Nerv sistemasining erta zararlanishi kasallikning 2-xaftasida yumshoq tanglay falaji va akkomodatsiya falaji ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Yumshoq tanglay falaji til-yutqin va adashgan nervlarning tanglay shoxlarini zararlanishi natijasida rivojlanadi. Uning belgilari – ovoz burun orqali chiqayotgandek, suyuq ovqat burun orqali chiqib ketishi mumkin. Tanglay pardasi bo'shashib, osilib turadi. Fonatsiya vaqtida harakatsiz, bir tomonlama falajda esa simmetrik bo'lib, tilcha bir tomonga og'ib turadi. Periferik falajlar ko'pincha 1-4 oydan keyin bemorning to'liq sog'ayishi bilan yakunlanadi.

Akkomodatsiya falajida bemor mayda predmet va harflarni farqlay olmaydi.

Poliradikulonevritlar ko'pincha kasallikning 4-5 haftalarida periferik falajlar ko'rinishida (mushaklar gipotoniya, pay reflekslarning pasayishi va yo'q bo'lishi, nerv tolalari bo'ylab og'riq) namoyon bo'ladi. Avval oyoqlar, keyinchalik esa qo'llar zararlanadi. Falajlar ko'pincha juft bo'ladi. Bemorlar oyoq-qo'llarida og'riqlar va paresteziyalar sezishadi. Falajlar tarqalishida bo'yin va badan mushaklari zararlanishi mumkin.

Yutish, nafas olishda ishtirok etadigan va diafragma mushaklarining falaji hayot uchun xavfli hisoblanadi. Hiqildoq falajida ovozning o'zgarishi yoki afoniya, ovozsiz yo'tal rivojlanishi mumkin.

Diafragmaning falajida ko'krak qafasining harakatsiz bo'lishi va qorin bo'shligi devorining paradoksal nafas olishi kuzatiladi.

Nafas mushaklarining falajida nafas olish ko'krak qafasining kengayishsiz ro'y beradi. Nafasda yordamchi mushaklar ishtirok etadi. Nafasning buzilishi belgilari (xarsillash, ko'karish) va qo'shib rivojlanuvchi zotiljam o'limga olib kelishi mumkin.

Markaziy falajlar to'satdan kasallikning 3-4 haftasida rivojlanib, o'ziga xos xususiyatlarga ega bo'ladi. Markaziy falajlar rivojlanishining anatomik asosini Silviev egatchasi yoki trombozi tashkil qiladi. Emboliyaning manbai bo'lib miokarditlarda rivojlanuvchi yurak cho'qqisi shikastlari hisoblanadi.

Vegetativ nerv tizimi va buyrak usti bezlarining zararlanishi kasallikning boshidan aniqlanadi. Kuchsiz bug'mali zaharlanishda buyrak usti bezlari funksional faolligining birmuncha oshishi kuzatiladi. O'tkir buyrak usti bezi yetishmovchiligi kuchli ifodalangan zaharlanish (III darajali toksik va gipertoksik shakllar) da rivojlanadi.

Buyraklarning zararlanishi (nefroz) isitmalashdagi albuminuriya va toksik nefroz belgilari bilan namoyon bo'ladi.

Tashxisoti. Bug'mada spesifik davoni iloji boricha ertaroq qo'llash kerak, shuning uchun dastlabki tashxis kasallikning klinikasi asosida qo'yiladi. Bu esa bemorni shifoxonaga yotkizishni, bug'maga qarshi zardobni kiritilishini yoki o'ziga xos davolashsiz bemor ustidan nazorat o'rnatilishini talab etadi.

Bakteriologik va bakterioskopik tekshiruvlar halqumdan material och qoringa yoki ovqat iste'molidan so'ng 2-3 soatdan kam bo'lmagan muddatlarda steril paxtali tampon bilan shpatel yordamida olinadi. Tampondagi material darhol Petri idishiga Klauberg, Bugin, Tinedal ozuqa muhitlaridan biriga ekiladi. Javobni faqat 48 soatdan keyingina olish mumkin.

Bug'ma bakteriyalari kulturalarini ajratgandan so'ng ularning toksigenligi, seroturi aniqlanadi. Materialni bakteriologik tekshirish uchun alohida steril tampon bilan material olinadi va undan shishachaga surtma tayyorlanadi. So'ng u quritiladi, harakatsizlantiriladi. Leffler bo'yicha yoki boshqa bo'yoqlar bilan bo'yaladi, mikroskop ostida kuzatiladi va natijalarni dastlabki tashxisot uchun qo'llash mumkin.

Immunoflyuoressensiya usuli 1 soatdan keyin javob olishga imkon beradi. Natijalar faqat bug'maning toksigen shtammlari mavjud bo'lganda musbat bo'ladi.

Lyuminessentli mikroskopiya usulida – 4 soat o'stirishdan so'ng surtmalar tayyorlanadi. Ular qovoq rangli akridin bilan bo'yaladi. Bunda bug'ma tayoqchalari och yashil donalar ko'rinishida namoyon bo'ladi, hamda bemor zardoblarining turli suyultirishlari bilan qovoq-sariq rangli yonish hosil qiladiyu Sinama 1:80, 1:100 nisbatda zardob suyultirilishida agglyutinatsiya ro'y berganda musbat hisoblanadi. Birinchi marta reaksiya uchun qon kasallik boshida, ikkinchi marta esa 2-2,5 haftadan keyin olinadi.

Kasallik boshida qondagi antitoksin aniqlanmaydi yoki 0,5-0,6 dan yuqori bo'lmaydi.

Bug'ma antitoksini bilvosita gemagglyutinatsiya reaksiyasi (BGAR) yordamida aniqlanadi. Qonning umumiy tahlili bug'ma tashxisotida unchalik ham katta yordam bermaydi. Odatda o'rta miyona leykotsitoz, biroz monotsitoz, ECHT ning me'yoriy bo'lishi aniqlanadi.

Qiyosiy tashxisoti. Bug'maning chegaralangan shakllarini kataral, lakunar va follikulyar anginalar, Simanovskiy-Venson anginasi va murtak bezlarining qo'ziqorinli zararlanishidan farqlash kerak.

Follikulyar angina o'tkir boshlanib, harorat yuqoriroq va uzoqroq bo'ladi. Qaltirash, bosh og'rig'i, qayt qilish, mushaklarda og'riq kuzatiladi. Bodomcha bezlarida sariq-oqish bir xil formadagi simmetrik joylashgan karashlar bo'ladi.

Lakunar anginada lakunalarda sarg'ish- oqish karashlar bo'ladi. Karashlar olinishi oson, g'ovaksimon, shpatellar orasida eziladi.

Simanovskiy-Vensan anginasida bemorning umumiy ahvoli o'zgarmaydi. Intoksikatsiya belgilari kuzatilmaydi, harorat normal, tomog'i biroz qizargan. Tomoqdagi o'zgarishlar bir tomonlama. Bitta bodomcha bezida sarg'ish-yashil karash kuzatiladi. Shu tarafda limfatik tugunlar kattalashadi. Tomoqdan badbo'y hid kelib turadi. Tomoqdan surtmadan fuzospirillalar aniqlanadi.

Zamburug'li anginalarda intoksikatsiya belgilari bo'lmaydi. Tomoq shilliq qavatlari odatdagi rangda. Tomoqda okish-sarg'ish karashlar kuzatiladi. Karashlar oson olinadi, eziladi va joyida yana tezda paydo bo'ladi.

Adenovirusli infeksiyada karashlar kasallikning 2-4 kunlari kataral simptomlar bilan birgalikda kechadi. Karashlar oq, oq-kulrang, yupqa, olinishi oson, eziladi, olinsa qonamaydi. Adenovirusli infeksiyada bodomcha bezlari shishgan, tomog'i qizargan, tonzillyar, bo'yin, jag' osti, qo'ltik osti limfa tugunlari kattalashgan.

Yuqumli mononukleoz angina bilan kechganligi sababli halqum bug'masi bilan qiyoslanadi. Bunda halqum, murtak bezlari, tilcha, tanglay ravoqlari giperemiyasi o'rta miyona ifodalangan bo'ladi. Tomoqdagi og'riq kuchsiz, karashlar esa turli o'lchamli va orolchalar va tasmalami eslatadi. Ba'zan ular murtak bezlar yuzasini to'liq qoplaydi. Karashlar ko'pincha oqish-kulrang, g'ovaksimon, g'adir-budir, yengil olinadigan bo'ladi. Ular olingandan keyin to'qimalar qonamaydi. Ba'zan ularni pinsetda olishga uringanda ular oson parchalanib, yirtilib ketadi. Yuqumli mononukleozga uzoq yuqori harorat, jigar va taloqning kattalashishi, jag' va bo'yinning orqa limfa tugunlarining kattalashishi, qonda atipik mononuklearlarning bo'lishi xos.

Hiqildoq bug'masi, kruplar, hiqildoqdagi yot jism, papillomatoz, tug'ma stridor, obstruktiv sindrom bilan taqqoslanadi.

Paragrippda yolg'on krup kuzatiladi. Kasallik o'tkir boshlanadi. Bemorlarning harorati 38-38,5°C gacha ko'tarilib, ovoz bug'iladi va akkilovchi yo'tal, kataral belgilar kuzatiladi.

Qizamiqdagi kechki krup kasallikning oxirlarida rivojlanadi va bug'ma krupiga juda o'xshashligi (afoniya, stenozning sekin-asta kuchayib borishi) sababli qiyoslash uchun ko'p kiyinchiliklar tug'diradi. Qizamiqdagi nekrotik laringitda yo'tal avval dag'al, akkilovchi xususiyatli bo'lsa, so'ng ovozsiz va shipillovchi («qariyalar yo'tali» singari) bo'lib qoladi. Bug'mada esa yo'tal doim akkilovchi bo'ladi.

Davosi. Bug'ma bilan kasallangan bemorlar va bug'maga gumon kilingan shaxslar shifoxonaga yotqizilishi shart. Kasallikning yengil shakllarida 10-12 kunga, subtoksik va I-darajali toksik bug'mada – 21-28 kunga, II-darajali toksik bug'mada – 40 kunga, III-darajali toksik bug'mada – 50-60 kunga bemorlarga yotoqli tartib tayinlanadi. Ovqatlar yengil hazm bo'luvchi, yarim suyuk, to'laqonli bo'lishi kerak.

Spesifik davo. Bug'maga qarshi antitoksik zardob yuborilishi orqali amalga oshiriladi. U kasallik tashxisi aniqlangandan keyin, bo'lib-bo'lib mushak ichiga yuborish uchun buyuriladi. Zardob miqdori kasallikning og'irlik darajasi, klinik shakli va kasallik boshlanishidan o'tgan muddatni inobatga olgan holda aniqlanadi.

Bug'maning turli shakllarida yuboriladigan antitoksik zardobning miqdori

Bug'maning shakli	Birinchi doza, AB da	Davolash kursi dozasi, AB da
Chegaralangan halqum bug'masi	10-20	10-40
Tarqalgan halqum bug'masi	30-40	50-60
Subtoksik halqum bug'masi	30-40	60-80
I-darajali toksik bug'ma	40-60	80-120
II-darajali toksik bug'ma	60-100	150-200
III-darajali toksik bug'ma	100-150	200-300
Burun bug'masi (toksik shaklidan tashqari)	10-15	20-30
Hiqildoq bug'masi, I-darajali krup		
Hiqildoq bug'masi, II-III-darajali krup	10-15	30-40
	15-20	60-80

Zardob kiritilishidan oldin Bezredko usulida allergik sinama o'tkaziladi. Bilakning bukiluvchi yuzasiga teri ichiga 0,1 ml 1:100 nisbatda suyultirilgan zardob yuboriladi va 20 daqiqa kuzatiladi. Agar kiritish joyida papula va 0,9 sm dan oshmagan diametrli chegaralangan giperemiya paydo bo'lsa sinama manfiy hisoblanadi. Agar papulaning diametri 1 sm va undan ko'proq bo'lsa, hamda qizarish xududi katta bo'lsa – sinama musbat hisoblanadi.

Sinama manfiy bo'lganda suyultirilmagan zardob 0,1 ml miqdorda kiritiladi. Agar 30 dakika – 1 soatdan keyin reaksiya kuzatilmasa, buyurilgan zardobning barcha dozasi kiritiladi.

Musbat sinamada yoki anafilaktik shokda zardob fakat shartsiz ko'rsatmalarga ko'ra shifokor nazorati ostida o'ta extiyotkorlik bilan yuboriladi.

Zardob zaharlanish belgilari, karashlar, halqum va teri osti to'qimalari shishi, stenoz belgilari ancha kamaymaguncha kiritiladi.

Nospesifik davo. Dezintoksikatsion davo. Yengil formalarida suyuqliklarni og'iz orqali ichkaziladi. Og'ir formalarida zaharlanishga qarshi davo: poliglyukin, reopoliglyukin 10ml/kg, 10% glyukoza eritmasi, 0,9% natriy xlor eritmasini vena ichiga yuboriladi. Shuningdek, vena ichiga 10-30 ml dan askorbin kislotasi va kokarboksilaza bilan kasallikning birinchi 3-5 kunida kiritiladi.

Bug'maning toksik shaklida gormonlar: gidrokortizon (sutkasiga 4-5 mg/kg dan), prednizolon (sutkasiga 1-3 mg/kg dan) buyuriladi. Ularning miqdori sekin-asta kamaytiriladi. Davolash kursi 6-7 kunni tashkil qiladi.

ITSHda albumin, kreoplazma yuboriladi.

Tarqalgan tomir ichi qon ivishi sindromida plazma, geparin, kurantil, trental, kontrikal, gordoks buyuriladi.

Asab va yurak-tomir sistemalari tonusini oshirish uchun bug'maning toksik shakllarida kasallikning boshlang'ich davrlarida teri ostiga 4-6 hafta mobaynida strikninni kuniga 2-3 marta kiritish tavsiya etiladi. Yana 1% li ATF, 0,3-1 ml, kokarboksilaza 50-100 mg dan 10-12 kun, riboksin, panangin buyuriladi.

Polinevropatiyalarda trental, aktovegin, ditsenon, V guruhi vitaminlari, antioksidantlar- tokoferol asetat, epaden, vitamin C buyuriladi. Degidratatsiya maqsadida furasemid, diakarb, triampur 3-5 hafta davomida buyuriladi.

Profilaktikasi. O'z ichiga quyidagi choralarni oladi: bolalarda turg'un immunitetni yaratish; bemorlarni, bug'maga gumon qilinganlarni erta aniqlash va shifoxonaga yotqizish; kasallik o'chog'ini sanitar ishlovdan o'tqazish; tashuvchilarni bug'ma o'chog'ida aniqlash va ularni sanatsiyalash; bug'ma bilan muloqatda bo'lgan bolalarni vaksinatsiya yoki revaksinatsiya qilish; keng aholi ommalari orasida bug'maga qarshi choralarni targ'ib etish.

Profilaktik emlash. Immunizatsiya uchun adsorbsiyalangan ko'kyo'tal-bug'ma – qoqsholga qarshi vaksina, adsorbsiyalangan bug'ma-qoqshol, modifikatsiyalangan bug'ma-qoqshol vaksinasi qo'llaniladi. Emlashlar barcha bolalarga qarshi ko'rsatmalar bo'lmaganda o'tkaziladi.

Emlashlar 2 oylikdan boshlanadi va 1 oydan oralatib 3 marta 0,5 ml dozadan kiritib, o'tkaziladi. Adsorbsiyalangan ko'kyo'tal-bug'ma-qoqsholga qarshi vaksina bilan birinchi revaksinatsiya tugallangan emlashdan keyin 1,5-2 yil o'tgach

o'tkaziladi. Ikkinchi revaksinatsiya 7-9 yoshda o'tqaziladi. Uchinchi revaksinatsiya 16 yoshda o'tqaziladi. Keyingi revaksinatsiyalar 10 yil oralatib o'tkaziladi.

KO'KYO'TAL

O'tkir yuqumli kasallik bo'lib, havo-tomchi yo'li orqali yuqadi. Qo'zg'atuvchisi *V.pertussis* bo'lib, kasallik siklik cho'zilib kechadi.

Etiologiyasi: Ko'kyotal va ko'kyotalga o'xshash kasalliklar 2 xil qo'zg'atuvchi tomonidan chaqiriladi: *V.pertussis* va *V.parapertussis*.

Epidemiologiyasi: Kasallik manbai bemor odam bo'lib, u yashirin davrning oxirgi kunlarida yuqumli hisoblanadi va eng yuqori yuqumlilik darajasi kasallikning boshlang'ich va avj olgan davrida kuzatiladi. Yuqish darajasi yo'tal soniga bog'liq. Ko'kyotalga beriluvchanlik juda yuqori bo'lib, bola tug'ilganidan keyin kasallanishi mumkin. Kasallikdan keyin turg'un, mustahkam immunitet qoladi. Faol emlash kasallanish sonini ancha qisqartirdi.

Klinikasi. Qo'zg'atuvchining virulentligi, bolaning yoshi, organizmning immun holatiga bog'liq. Ko'kyotal asta-sekin boshlanib, 2-3 haftada avjiga chiqadi. Kasallik kechishida 4 ta davr farqlanadi: 1) yashirin, 2) boshlang'ich, 3) spazmatik, 4) tuzalish.

Yashirin davri 5-20 kungacha, o'rtacha 10-12 kun davom etadi.

Boshlang'ich davri 7-14 kun davom etib, emlanganlarda 21 kungacha, erta yoshli bolalarda esa 3-5 kun davom etadi.

Kasallikning asosiy belgisi yo'tal bo'lib, boshida oddiy quruq, kechqurun paydo bo'luvchi yo'tal ko'rinishida qayd etiladi. Tana harorati odatda normal yoki subfebril bo'ladi. Bola o'zini nisbatan yaxshi his qiladi. Yo'tal asta-sekin kuchayib boradi, cho'ziladi va xurujsimon ko'rinishga o'tadi.

Spazmatik davrida xurujsimon yo'tal avjiga chiqadi, boshqa belgilar ham yaqqol namoyon bo'ladi. Xurujsimon yo'tal ketma-ket kechuvchi yo'tal xurujlari va ular orasida hushtaksimon nafas olish – reprizlardan iborat bo'ladi. Yo'tal paytida bola kuchanadi, yuzlari qizarib ketadi, sianoz bo'lishi mumkin. Tili tashqariga osilib chiqadi. Yo'tal xuruji quruq, tiniq balg'am ko'chishi yoki qusish bilan tugaydi. Reprizlar hozirgi paytda kam kuzatilmoqda. Qusish ham barcha bemorlarda kuzatilavermaydi. Yo'tal xurujlari soni 5 dan 40-50 martagacha yetishi mumkin. Xurujlar uyqu vaqtida paydo bo'lib, toza havoda kamayadi. Yo'tal xuruji paydo bo'lishiga boshqa ta'sirlar (qo'rqinch, og'riq, ovqatlantirish) turtki bo'lishi mumkin. Katta yoshdagi bolalar xuruj kelishini oldindan sezishi mumkin va bunda tomoqda qichishish paydo bo'ladi. Yo'talsiz paytda bolaning burun-lab uchburchagi biroz sianotik, yuzi tundlashgan, qovoqlar shishgan bo'ladi. Ba'zida xuruj paytida

skleralarga qon quyilishi, burunning qonashi, yuzida petexiyalar paydo bo'lishi mumkin.

Yo'tal xurujlari asta-sekin kuchayib borib, spazmatik davr 2-haftasida avjiga chiqadi. Spazmatik davr 4-6 hafta davom etadi. Tuzalish davri 2-3 hafta davom etib, bunda yo'tal xurujlari kamayib boradi, qusish to'xtaydi. Yo'tal jismoniy yoki ruhiy zo'riqish vaqtidagina paydo bo'ladi. Tugaganidan keyin ham xurujlar qaytalanishi mumkin va ular odatda boshqa respirator kasallik qo'shilishi tufayli paydo bo'ladi.

Ichki a'zolar o'zgarishi va asosiy klinik sindromlar spazmatik davrida yuzaga keladi. Apnoe holati 2 xil bo'lib, spazmatik va sinkopal (paralitik) bo'ladi. Spazmatik apnoe xuruj paytida bo'lib, 30 soniyadan 1 daqiqagacha davom etadi. Paralitik apnoe yo'tal bilan bog'liq bo'lmaydi. Bola holsiz, lanj bo'lib qoladi. Teri avval oqarib, keyin ko'karadi. Nafas olish to'xtab qoladi. Bunda yurak faoliyati to'xtamaydi. Apnoe 1-2 daqiqa davom etadi. O'pkadagi o'zgarishlar turli xarakterga ega bo'lib, asosan 4 guruhga bo'linadi:

- 1) «ko'kyo'tal o'pka»;
- 2) bronxit va bronxiolit;
- 3) zotiljam;
- 4) atelektaz.

Rentgenografiyada o'pka emfizemasi, o'pka rasmining kuchayishi, zotiljam kuzatiladi. Nam, o'rta pufakli va quruq xirillashlar kam bo'ladi. Tana harorati normal, yo'tal paytida quyuq, tiniq balg'am kuchayadi. Nafas yetishmovchiligi kuchsiz (I-daraja) yoki umuman bo'lmaydi. Rentgenologik tekshiruvda «ko'kyo'tal o'pka» klinikasi namoyon bo'ladi. Bronxit belgilari spazmatik davrning 1-2-haftasida paydo bo'lib, boshqa belgilar bilan birga yo'qoladi. Bronxitlar antibiotikoterapiyaga chidamli bo'ladi. Zotiljam ikkilamchi infeksiya hisobiga yuzaga chiqadi.

Asab tizimidagi o'zgarishlar turli xil bo'ladi. Ko'p uchraydigan belgilar ensefalopatik o'zgarishlar bo'lib, ular bezovtalik yoki gipotoniya, kunduzgi ko'p uxlash, oyoq-qo'llarda tremor, pay reflekslarining kuchayishi ba'zi mushak guruhlarida yengil tirishishlar ko'rinishida bo'ladi. Og'ir hollarda talvasa sindromi, hushdan ketish hollari bo'ladi. Ba'zi hollarda ko'kyo'talda diareya sindromi kuzatiladi. Bu holat qo'zg'atuvchi toksinining ichak peristaltikasiga ta'siri yoki disbakterioz hisobiga bo'ladi. Periferik qon tomonidan limfotsitoz hisobiga leykotsitlar soni ortishi bo'lishi izohlanadi. Leykotsitoz $40-50 \times 10^9/l$ gacha chiqishi mumkin, lekin hozir bu holat asosan 1 yoshgacha bolalarda kuzatilmoqda.

Ko'kyo'talning klinik tasnifi

Tipik shakli og'irlik darajasiga qarab bo'linadi:

– yengil

– oʻrtacha ogʻir

– ogʻir

Atipik shakli boʻlinadi:

yengil-yelpi

3-oygacha boʻlgan bolalarda kechishi

Tipik va atipik koʻkryoʻtal tafovut qilinadi. Tipik hollarda yuqorida keltirilgan davrlar ketma-ket kelib, har bir davrga xos belgilar kuzatiladi. Ogʻirligi boʻyicha yengil, oʻrtacha ogʻir va ogʻir turlari mavjud. Ogʻirlik koʻrsatkichlariga kiradi: yoʻtal xurujlari soni, yoʻtal vaqtida sianozning boʻlishi, yuzdagi sianozning kasallik boshidanoq (1-hafta) kuzatilishi, nafas olishning buzilishi, yurak-tomir tizimidagi oʻzgarishlar, ensefalopatiya belgilari.

Kasallikning yengil shakllarida xurujlar soni 15 tadan oshmaydi. Bemorning umumiy ahvoli qoniqarli boʻladi. Baʼzi hollarda qusish boʻladi. Bir necha bolada yoʻtal paytida kuchayuvchi burun-lab uchburchagi koʻkarishi mumkin. Doimiy belgilardan biri – bola yuzi, ayniqsa qovoqlardagi shishdir. Gemorragik sindrom kam uchraydi. Oʻpka tomonidan oʻpka kengayishi belgilari kuzatiladi. Yengil kechishiga qaramay spazmatik davr 4-5 hafta davom etadi. Tuzalish davri 1-2 hafta boʻlib, yoʻtal kamayadi va yengillashadi.

Kasallikning oʻrtacha ogʻir shaklida yoʻtal xurujlari soni 16-25 tagacha boradi, reprizlar kuzatiladi. Bemorning ahvoli ancha oʻzgaradi. Boshlangʻich davr 6-9 kun, spazmatik davri 5 haftadan oshadi. Kasallik avjida bezovtalik, uyquning buzilishi, holsizlik boʻladi. Xurujlar choʻzilgan, charchatadigan, sianozli boʻladi. Nafas yetishmovchiligi xuruj boʻlmagan paytda ham kuzatiladi. Doimiy ravishda bola yuzi shishgan, gemorragik belgilar kuzatiladi. Oʻpkada 1-2 ta quruq va nam xirillashlar boʻlishi mumkin. Qonda limfotsitoz, normal yoki past ECHT aniqlanadi. Ogʻir shaklida xurujlar soni 30 va undan ortiqroq boʻladi. Boshlangʻich davr 3-5 kun. Spazmatik davrida bolaning umumiy ahvoli yomonlashadi, holsizlik, uyquning buzilishi kuzatiladi. Yoʻtal xurujlari uzoq vaqt davom etadi, apnoe holatlari yuzaga keladi. Xuruj boʻlmagan vaqtda ham taxipnoe, terining sianozni kuzatiladi. Yurak-tomir tizimi faoliyati buziladi. Ensefalopatiya rivojlanib, talvasalar boʻlishi mumkin.

Atipik bilinar-bilinmas koʻkyotal uchun davrlar ketma-ketligi xos boʻlmay, yoʻtal ham xos boʻlmaydi. Yoʻtal odatda quruq, asosan kechasi paydo boʻlib, spazmatik davrga oʻtish (2-hafta) paytiga mos vaqtda kuchayadi. Bu turi biroz yoʻtalib yurish yoki tomoq qichishi bilan ham namoyon boʻlishi mumkin. Oʻpkada biroz emfizema kuzatiladi. Yoʻtal davomiyligi 7-50 kun, oʻrtacha 30 kun boʻladi. Bakteriya tashuvchilik koʻproq kattaroq bemorlarda, emlanganlar yoki avval kasal boʻlganlarda uchraydi. Davomiyligi odatda 2 haftadan oshmaydi.

Asoratlari aynan koʻkryoʻtal qoʻzgʻatuvchisi va uning toksini tufayli yoki ikkilamchi infeksiya qoʻshilishi oqibatida yuzaga keladi. Koʻkyotal bronxiti uchun

zaharlanish belgilari va nafas yetishmovchiligi belgilari bo'lmashligi xos. Auskultativ o'zgarishlar ham kam ifodalanadi.

Zotiljam ko'kyo'talda asosan ikkilamchi infeksiya hisobiga bo'ladi. Uning klinikasi boshqa kasalliklardagi zotiljamga o'xshash bo'ladi.

Ensefalopatik asoratlarning soni oxirgi paytlarda ancha kamaydi. Kukyo'talda yana bir qancha asoratlarni kuzatilishi mumkin. Bularga o'pka emfizemasi, atelektaz, pnevmotoraks, chov va kindik churrasi, ko'plab qon quyilishlar kiradi.

Laborator tashxisotida bakteriologik usul yordam beradi. Buning ahamiyati kasallik boshlarida katta bo'ladi. Bunda yo'tal plastinkachalari usulidan foydalaniladi yoki tomoqdan surtma olinadi. Serologik usullardan RPGA va RA qo'llaniladi.

Davosida keng tarzda kislorod va mukolitik vositalar qo'llaniladi. Ko'rsatma bo'lsa antibiotiklar, gormonlar, yo'talga qarshi preparatlar beriladi. Kislorod bilan davolashda kislorodli palatkalardan foydalaniladi. Yengil va o'rta og'ir shakllarda toza havoda uzoq vaqt bo'lish kifoya qiladi.

Apnoe holatlarda sun'iy nafas oldiriladi. Bronxolitik ta'sir uchun eufillin ichishga yoki parenteral 4-5 mg/kg/sut dan beriladi. Ingalyatsiya uchun 0,5 ml, eufillin 0,6 ml, novokain 0,25 ml, askorbin kislotasi 0,25 va distillangan suv 100 ml tayyorlab, bitta ingalyatsiyaga 3-5 ml ishlatiladi.

Yo'talga qarshi preparatlar kam foyda beradi. Yo'tal sonini kamaytirish uchun seduksen 0,8 mg/kg/sut 1 mahal beriladi.

To'qima nafas olishini yaxshilash uchun kokarboksilaza, askorbin kislota, tokoferol tayinlanadi. Bosh miyaning gipoksiyaga chidamliligini oshirish uchun fenobarbital va dibazol tayinlanadi. Antibiotiklar faqat kasallikning boshlang'ich davrida foyda berishi mumkin. Bunda eritromitsin, vilprafen qo'llaniladi. Spazmatik davrda antibiotiklar faqat o'pka asoratlari qo'shilganidagina tayinlanadi.

Gormonlardan gidrokortizon 5-7 mg/kg/sut, prednizolon 2 mg/kg/sut 2-3 beriladi. Ensefalopatiya rivojlanganida gormonlar, diuretiklar (laziks 1 mg/kg/sut), talvasaga qarshi preparatlar beriladi.

Kasallik og'ir asoratlarni bilan kechganda infuzion terapiya qo'llaniladi (50-70 ml/kg/sut).

Ko'kyo'tal bilan kasallangan bemorlar o'chog'idagi chora tadbirlar: Kasallikning oldini olish chora-tadbirlariga bemorni erta aniqlash va aloxidalash kiradi. Kasallik uchog'idagi 7 yoshgacha bolalar uyda bemor bilan mulokot qilgan bulsa bolalar muassasasiga 14 kundan keyin qo'yiladi. Yetti yoshdan kattalar esa aloxidalanmaydi. Ko'kyo'talning maxsus profilaktikasi AKDS vaktsinasi yordamida o'tkaziladi. Vaktsinani 3 oylikdan 3 yoshgacha bo'lgan bolalarga 3 marta 1,5 oy oralatib qilinadi. (0,5 ml dan). Keyin 1,5-2 yil o'tgach 0,5 ml miqdorida AKDS vaktsinasi qilinadi. Uch yoshdan oshgan bolalar emlanmaydilar.

PARAKO'KYO'TAL (PARAPERTUSSIS)

Ko'kyo'talga o'xshash, lekin asosan yengil kechuvchi o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, Bordetella parapertussis tomonidan chaqiriladi. Kasallik barcha yoshdagi aholi o'rtasida uchrashi mumkin, lekin ko'proq 3-6 yoshda uchraydi. 1 yoshgacha bolalarda kasallik juda kam uchraydi.

Yashirin davri 4-14 bo'lib, kasallik biroz ifodalangan kataral belgilar bilan boshlanadi. Bemorning umumiy ahvoli o'zgarmaydi, tana harorati me'yoriy bo'ladi. Kasallikning asosiy belgisi yo'tal bo'lib, u xususiyatiga ko'ra Ko'kyo'talsimon va bilinar-bilinmas turlariga ajratiladi.

Ko'kyo'talsimon kechganda qisqa muddatli boshlang'ich davrdan keyin xurujsimon yo'tal paydo bo'ladi. Yo'tal yuzning qizarishn, reprizlar va qusish bilan kechadi. Lekin Ko'kyo'taldan farqli ravishda xurujlarning soni kam va ular qisqa muddatli bo'ladi.

Bilinar-bilinmas shaklida yo'tal traxeit yoki traxeobronxitdagi yo'talga o'xshaydi. Bu shaklda tashxis faqat bakteriologik tekshiruv orqali asoslanadi. Kasallikning ushbu shakli 60-70% hollarda uchraydi.

Parako'kyo'talda o'pkadagi o'zgarishlar kam ifodalangan bo'ladi. Ba'zi bemorlarda quruq xirillashlar, rentgenografiyada o'pka ildizining kengayishi, kamroq peribronxil to'qima tasvirining quyuslashishi kuzatiladi.

Periferik qonda biroz leykotsitoz va qisqa muddatli limfotsitoz aniqlanadi. Asoratlari juda kam uchraydi. Zotiljam odatda ikkilamchi bakterial yoki respirator virusli infeksiya qo'shilishi tufayli rivojlanadi.

Tashxisoti bakteriologik va serologik tekshiruvlar yordamida aniqlanadi. Serologik tekshiruvlar ham Ko'kyo'tal, ham parako'kyo'tal diagnostikumlari yordamida qo'yiladi, chunki bu ikki kasallik orasida kam ifodalangan, lekin bir-biriga ta'sir qiluvchi immunitet rivojlanadi.

Davolash simptomatik olib boriladi.

Profilaktikasi. Kasallikning oldini olishda faqat 1 yoshgacha bolalar va kasalxonalar bolalar bo'limida aniqlangan bemorlarga 25 kunga alohidalanadilar. Bakteriya tashuvchilar esa bakteriologik tekshiruv 2 marta manfiy chiqqunga qadar alohidalanadilar. Maxsus profilaktika qo'llanilmaydi.

Dispanserizatsiyasi. qizamiq, skarlatina, suvchechak, qizilcha, ko'kyo'tal, parako'kyotal bilan og'rigan bolalar dispanser nazoratiga olinmaydi.

MENINGOKOKKLI INFEKSIYA (MENINGITIDIS)

Meningokokkli infeksiya – havo-tomchi kasalliklar orasida muhim o‘ringa ega. Bu kasallikning epidemiyasi har 15, 20, 30 yillarda kuzatilib turadi. O‘zbekiston hududida oxirgi epidemiya 1971-1977 yillarda kuzatilgan, undan beri kasallanish sporadik holatda uchrab turgan. Kasalanishni tahlil qilganda aniqlandiki: Toshkent shahar bo‘yicha eng ko‘p kasallanish fevral-aprel oyida bo‘lib may oylarida kamayib boradi. Meningokokkli infeksiya yana bir xususiyati – har xil klinik ko‘rinishga ega yengil turlaridan (tashuvchanlik, nazofaringit) og‘ir tarqoq turlarigacha (meningit, meningokokksemiya) bo‘lishi mumkin. Ko‘p holatlarda bu kasallik o‘lish yoki og‘ir asoratlar rivojlanishi tugashi mumkin. Shuning uchun umumiy amalyot shifokori ushbu kasallikning hamma turlarini yaxshi bilishi shart, shifoxonaga yetkazish ko‘rsatmalarni aniqlab, birinchi navbatda kerakli meditsina yordami darhol o‘tkazish kerak, aks holda bemorni ahvoli og‘irlashib, ulim kuzatilishi mumkin. Undan tashqari kasallikning oldini olish chora-tadbirlarni o‘tkazish va rekonvalessentlarni nazorat qilishni yaxshi bilishi kerak.

Etiologiyasi. Bu infeksiyaning qo‘zg‘atuvchisi meningokokk bo‘lib, uni 1887 yilda Vekselbaum kashf etgan. Meningokokklar ko‘pincha leykotsitlar ichida qo‘shaloq bo‘lib ko‘rinadi. Ularning tashqi ko‘rinishi kofe doniga o‘xshaydi. Ular gramm manfiydir. Meningokokk parchalanganda endotoksin ajratadi.

Meningokokkning A,B,C,D,E serotiplari bor. Ular tashqi muhitda uzoq vaqt tirik saqlana olmaydi, quyosh nurlari va sovuklik ta‘sirida tez halok bo‘ladi. Oddiy dezinfeksiya moddalari (fenol, xloramin, spirt eritmasi, karbol kislotasi) meningokokklarni bir necha minut ichida o‘ldiradi.

Epidemiologiyasi. Infeksiya manbai-bemor va bakteriya tashuvchilardir. Atrofdagilarga meningokokk infeksiyasini ko‘p yuqtiradigan xavfli manba- yengil va bilinar-bilinmas shakli bilan og‘rigan bemorlar hisoblanadi. Ba‘zi hollarda meningokokk infeksiyasi nazofaringit ko‘rinishida kechadi. Nazofaringitni meningokokk qo‘zg‘atganini faqat bakteriologik tekshirish yo‘li bilangina aniqlash mumkin, xolos. Bunday bemorlar ko‘pincha kasalxonalariga yotqizilmaydi, sho‘nga ko‘ra ular infeksiyani tarqatib yuraveradi. Burun, halqum, tomok shilliq pardasining surunkali yallig‘lanishi bakteriya tashib yuruvchilikka qulaylik tug‘diradi. Meningokokk infeksiyasi 14 yoshgacha bo‘lgan bolalarda va yoshlarda ko‘proq uchraydi. Meningokokk infeksiyasi bilan kasallanish o‘rta hisobda 10-15-20 yil oralatib ko‘payib turadi. Bu infeksiya epidemiyasi ko‘pincha maktab va bog‘cha yoshlardagi bolalari orasida boshlanadi.

Meningokokk infeksiyasi qish va baxor (fevral-may oylarida) ko‘payadi. Infeksiya havo-tomchi yo‘li bilan yuqadi. Bemor yo‘talganida va gapirganida tupuk

zarrachalari bilan meningokokklarni tashqariga chiqaradi. Bu meningokokklar idish-tovoq, sochiq va boshqa buyumlarga tushadi va shu buyumlarni tutgan odamga infeksiya osonlik bilan yuqadi.

Patogenez.

Patogenezni ishchi tizimi

1. faza – havo bilan qo‘zg‘atuvchini organizmga kirishi
 - a) havo-tomchi orqali
 - b) kontakt orqali
2. faza – nazofaringeal (qo‘zg‘atuvchini moslanishi va mahalliy ta‘sir-tashuvchanlik va nazofaringit)
3. faza – limfogematogen yul bilan tarqalishi (kokksemiya sepsis bilan yeki u siz)
4. faza – metastaz uchoglarning rivojlanishi (parenximatozli disseminatsiya: meningit, menigoensefalit, meningoensefalomielit, miokardit, pnevmoniya artrit va h.k.)
5. faza – qoldiqlar

Meningokk burun, halqum shilliq pardasi orqali organizmga kiradi. Meningokk yuqqanlarning 20-30% da rinofaringit boshlanib, u simptomsiz o‘tadi. Ba‘zan meningokokklar shilliq qavatdagi mahalliy to‘siqlardan osongina o‘tib, limfa va qon orqali butun organizmga tarqaladi va shunday qilib, umumiy lashgan, tarqoq infeksiyon jarayon, ya‘ni meningokk bakteremiyasi (septitsemiyasi) boshlanishiga sabab bo‘ladi.

Meningokk septitsemiyasida bemorning ahvoli og‘ir bo‘lishi, bakteremiya va toksinemiya bog‘liq. Kasallik patogenezini va yashinsimon tezlik bilan kechishida infeksiyon-toksik shok holatini ahamiyati katta. Bunda bemorlarning terisiga, qo‘l-oyoq bo‘g‘imlariga va ko‘zning qon tomirlari pardasiga qon qo‘yiladi. Kasallikning bunday hili meningokokksemiya (meningokk infeksiyasining meningitsiz kechadigan hili) deb yuritiladi.

Ko‘pincha meningokokklar gemato-likvor to‘sig‘ini yengib o‘tib, bosh miyaning yumshoq pardasini zararlaydi, bunday holatda meningit boshlanadi. Makroskopik ko‘rinishda-bosh miya yiringli qalpoq bilan qoplangan, yumshoq miya pardasi yiringdan bo‘sh joylarida qizargan va shishgan. Jarayonning qaytish davrida to‘qimalarda o‘zgarishlar sodir bo‘ladi. Buning natijasida tishiklar (Mojandi, Lyushka, silviev vodoprovod) bekilib qoladi va bemorlarda gidrotsefaliya kuzatiladi.

Yallig‘lanish jarayoni boshqa qo‘shni to‘qimalarga (bosh miya, orqa miya, ependimaga) ham o‘tadigan bo‘lsa, kasallikning boshqa klinik shakllari (menigoensefalit, mielit, ependimatit simptomlari) paydo bo‘ladi.

Klinika.

Meningokokk infeksiyasining inkubatsion davri 1 kundan 10 kungacha cho‘ziladi.

Meningokokk infeksiyasining tasnifi.

1. birlamchi lokal shakllari:

- a) meningokokk tashib yuruvchilik;
- b) o'tkir nazofaringit
- v) pnevmoniya.

2. Gematogen tarqoq shakllari:

- a) meningokokksemiya;
- b) meningit;
- v) meningoensefalit;
- g) aralash (meningokokksemiya+ meningit);
- d) kam uchraydigan turlari (endokardit, artrit, iridosiklit).

Og'irlik darajasi:

- 1. yengil
- 2. o'rta og'ir
- 3. og'ir
- 4. juda og'ir (yashinsimon)

Kechish davomi:

- 1. O'tkir (bir oygacha)
- 2. cho'zilgan (bir oydan ortiq)
- 3. yashinsimon (bir sutka ichida o'lim kuzatiladi)
- 4. surunkali

Asoratlari:

Dastlabki:

- 1. infeksiyon-toksik shok
- 2. bosh miyani o'tkir shishi, o'tkir buyrak yetishmovchiligi
- 3. ependimatit, gidrotsefaliya, miokardit, poliartrit va x.k
- 4. 3,4,7,8 juft bosh miya nervlari jaroxatlanishi
- 5. parez va paralichlar

Kechki

- 1. asteno-vegetativ sindrom
- 2. miya gipertenziyasi
- 3. epilepsiya
- 4. endokrinopatiya va boshqalar.

Meningokokk tashuvchilik — kasallikning subklinik turi bo'lib, hech qanday simptomlar ko'rinmaydi.

O'tkir nazofaringit. Meningokokk infeksiyasining bu turi juda ko'p uchraydi. Harorat subfebril darajaga ko'tarilib, ozgina intoksikatsiya bo'ladi. Bemorning boshi og'riydi, tomog'i qichishib quruq yo'taladi, burni bitib qoladi, keyin burundan shilliq

oqadi. Ba'zi hollarda intoksikatsiya kuchliroq bo'ladi, xarorat 5-7 kungacha cho'ziladi. Bemorning boshi aylanib qusadi, mushaklari og'riydi.

Nazofaringitda halqum, tomoq shilliq pardasi shishib qizaradi. Ayniqsa halqumning orqa tomoni ko'proq qizarib shishadi va o'sha yerdagi limfoid follikulalar kattalashib, qip-qizil bo'lib ko'zga tashlanib turadi. Tomoq, halqumdagi bu o'zgarishlar 1-2 haftagacha davom etadi. O'pkada bronxit rivojlanadi. Nazofaringit meningokokk epidemiyasi vaqtlarida infeksiya uchog'ida klinik tekshirishlar natijasida aniqlanadi. Meningokokkli nazofaringitni davolashda antibiotiklar ichirish bilan kifoyalaniladi. Odatdagi dozada oksatsillin, ampioks, levomitsetin, tetrasiklin, eritromitsinlar tayinlanadi. Bu dorilar 3-5 kun beriladi. Bundan tashqari sulfanilamid preparatlari bersa ham bo'ladi. Bemorlar tomog'i tez-tez chayib turish tavsiya etiladi.

Pnevmoniya. Ba'zan meningokokk birlamchi pnevmoniyaga sababchi bo'ladi. Bunda meningokokk infeksiyasining boshqa alomatlari ko'rinmaydi. Meningokokk pnevmoniyasi ko'pincha uzoq vaqt davom etadi va bemorning ahvoli ancha og'ir bo'ladi.

Meningokokksemiya (meningokokkli sepsis). Meningokokk bakteremiyasi ba'zan meningial simptomlarsiz o'tadi, boshqa hollarda esa meningit ham meningokokksemiya uchramoqda. Bu formaning klinikasi turlicha bo'lishi mumkin. Ba'zan meningokokksemiya yengil o'tadi, bunda bemorning harorati 2-4 kun ko'tarilib turadi, ozgina intoksikatsiya bo'ladi. Bemorning ahvoli og'irlashmaydi. Meningokokksemiyaning bunday turini aniq belgilash qiyin. Meningokokksemiya aksari birdan boshlanadi, 6-8 soat davomida harorat 38-40⁰C gacha ko'tariladi. Intoksikatsiya bilan bir vaqtda meningizm belgilari paydo bo'ladi: bosh qattiq og'riydi, bemor talvasaga ham tushadi, ko'pincha qayt qiladi va bexush bo'lib yotadi. Shunisi borki, miya pardalarinig yallig'lanishiga xos ushbu simptomlar bo'lgani holda orqa miya suyuqligida yallig'lanishga xos o'zgarishlar topilmaydi. Kasallik boshlanganidan keyin 8-12 soat o'tgach bemor badanida gemorragiya alomatlari ko'rinadi, mayda toshmalar bilan bir qatorda 0,5-1,0 sm kattalikdagi qontalashlar paydo bo'ladi. Badandagi toshmaning yulduzchalarga o'xshash bo'lishi juda xarakterlidir. Bu toshmalar ko'pincha dumba, son, boldir, ko'z kovog'i, ko'z sklerasi va ba'zan yuzda paydo bo'ladi.

Isitma 1-2 kun yuqori bo'lib turadi (39-40⁰C), so'ngra u turlicha ko'rinishda davom etadi, keyinroq subfebril darajaga tushadi. Kuchli intoksikatsiya paytida taxikardiya, gipotoniya, xansirash aniqlanadi. Bemor tili karash bilan qoplanadi, u ko'p chanqaydi, chaqaloq bolalarda dispepsiya belgilari (qusish, ich ketish) kuzatiladi.

Meningokokksemiya ba'zan bo'g'imlarning sinovial pardasi zararlanib poliartrit simptomlari paydo bo'ladi, ko'zning tomirli pardasi yallig'lanadi. Bunda

ko'z pardaning rangi o'zgarib to'q qizil tusga kiradi. Endokardit, pnevmoniya kamroq uchraydi. Qon tekshirilganda anchagina leykotsitoz (20000-40000), neytrofilyoz borligi, leykotsitar formulaning chapga surilgani aniqlanadi, aneozinofiliya ham bo'ladi. Meningokokksemiyaning o'z vaqtida to'g'ri davo qilinsa, kasallik ko'pincha bemorning sog'ayishi bilan yakunlanadi.

Yashin tezligida kechadigan meningokokksemiya juda kuchli intoksikatsiya bilan ta'riflanadi. Kasallik boshlanishi bilan bemor hushini yo'qotadi va har-xil tartibsiz harakatlar qilaveradi, uni ketma-ket tutqanoq tutib turadi. Bemorning yuzi qizargan va bo'rtgan bo'ladi. Shilliq pardalar va teri qizarib, ko'karib turadi. Kasallik boshlanishida taxikardiya o'miga bradikardiya aniqlanadi, qon bosimi ko'tariladi. Nafas aritmiyasi va bosh miya shishiga xos belgilar paydo bo'lishi xavfli alomat hisoblanadi. Mana shunday holda yotgan bemorni birdaniga nafasi to'xtab, o'lib qolishi mumkin. Bosh miya shishganda uzunchoq miya katta ensa teshigiga kirib qolib ezilishi mumkin. Ba'zan o'tkir meningokokk sepsisida buyrak usti bezlariga qon qo'yiladi va Uotexauz-Frideriksen sindromi ko'rinadi. Bu sindrom juda kuchli intoksikatsiya, qaytalanib turadigan kollaps belgilari va bosh miya zararlanishiga xos bo'lgan boshqa simptomlar bilan ta'riflanadi. Bu o'zgarishlar to'satdan boshlanadi. Bemor eti uvishib, qaltiraydi. Harorat juda yuqori ko'tarilib, bemor hushidan ketadi, qusadi. Kasallik boshlanishidanoq badan terisiga qon qo'yiladi, petexiya toshmasi ko'rinadi. Puls juda tez va sust uradi, keyinchalik mutlaqo qo'lga ilinmaydi. Qon bosimi borgan sayin pasayaveradi. Bemor xansirab nafas oladi. Meningial sindrom aniqlanadi. Qonda yuqori leykotsitoz va neytrofillar formulasining chapga surilib qolgani ko'zga tashlanadi. 15-30 soat ichida bemor koma holatiga tushib, o'lib qolishi mumkin. Bemorning bunchalik erta o'lishining sababi buyrak usti bezlariga qon quyilishidir.

Surunkali meningokokksemiya. Meningokokk infeksiyasining bu xili kam uchraydi, bir necha haftadan bir necha yilgacha davom etadi. Harorat doimiy isitma yoki intermittens ko'rinishida bo'ladi. Apireksiya davrida bemorning ahvoli ancha yaxshilanadi, badanidagi toshmalar ancha kamayadi. Surunkali meningokokksemiya da ba'zan artrit, poliartritlar boshlanadi. Qonda neytrofilyoz, leykotsitoz, ECHT tezlashgani ko'rinadi. Surunkali meningoenfalelida glomerulonefrit, endokarditlar boshlanishi mumkin.

Meningokokksemiyaning meningit bilan o'tadigan xili 25-50% hollarda uchraydi. Bunda meningokokksemiyaning simptomlaridan tashqari bosh miya pardasining zararlanganiga xos belgilar aniqlanadi.

Meningit. Inkubatsion davri 4-6 kun davom etadi. Kasallik to'satdan boshlanib, bemor eti uvishib qaltiraydi. Harorati 39-40^{oC} gacha ko'tariladi. Boshi qattiq og'riydi, ketma-ket qayt kiladi. Intoksikatsiya tez kuchayib borib, bemor hadeb bezovtalanaveradi. Ba'zi bemorlarda, ayniqsa, bolalarda tutqanoq tutadi. Isitma turli

shaklda bo'lib, 2-3 kundan to 7-14 kungacha, gohida 20-25 kungacha cho'ziladi. Ishtaha bug'iladi, birinchi kunlaridek badanda gemorragik toshma paydo bo'ladi. Ba'zan badan terisida (kasallikning og'ir formasida) mayda toshmalardan tashqari 0,5-1,0 sm kattalikdagi qontalashlar ko'zga tashlanadi. Bunday gemorragiya belgilari sklera, kon'yuktiva, tanglay, burun shilliq pardasida ham uchraydi. Ba'zan me'da, bachadon, buyrakdan qon ketadi. Bemor bezovtalanib, alaxlaydi, uni uyquga tortaveradi, lekin uxlay olmaydi. Bemorning yuzi, ko'zi qizargan va bo'rtgan bo'ladi, u quyosh yoki elektr nuriga qaray olmaydi. Kasallikning 2-3 kuni uchuq toshadi, jigar va taloq ozgina kattalashadi. Meningial simptomlar paydo bo'ladi: ensa mushaklari tortishib, qisqarib turadi. Kernig va Bruzdinskiy simptomlari yaqqol aniqlanadi. Bolalar boshini orqasiga tashlagan holda yotadi, katta yoshdagi bemorlar esa boshi orqaga tashlangan, oyoqlari qorniga tortilgan holda bo'ladi. Kernig simptomi va ensa mushaklarining tortishib, qisqarib turishi ba'zan 4 yoshgacha bo'lgan sog'lom bolalarda ham uchraydi. Chaqaloqlarda meningitning eng xarakterli simptomi likildoqning tarang tortib, bo'rtib turishidir. Talvasa kattalardagiga qaraganda bolalarda ko'proq bo'ladi. Agar bemor bolani qo'ltiq ostidan ko'tarib olsa uning oyoqlari qorniga tortilgan holatda bo'ladi.

Bosh miya nervlarining zararlanishiga oid simptomlar paydo bo'ladi: anizokoriya, konvergensiya va akkomodatsiyaning buzilishi, ko'zning g'ilay tortishi. Bulardan tashqari, oyoq-qo'llarning falaji, yarim falaj alomatlari uchraydi, Rossolimo, Babinskiy simptomlari aniqlanadi.

Ependimatit sindromi bilan kechadigan meningit. Meningit diagnozi kech aniqlangan va unga noto'g'ri davo qilingan hollarda ependimatit simptomlari paydo bo'ladi.

Serozli meningit. Meningit ba'zan serozli meningit ko'rinishida o'tadi. Bunda meningial sindrom yaqqol ko'rinmaydi. Orqa miya suyuqligi tiniq bo'ladi. Pleotsitoz aniqlanadi (1ml da 200-800 hujayra). Pleotsitoz asosan limfotsitlar hisobiga bo'ladi.

Meningoensefalit. Meningial sindrom sust ifodalangan bo'ladi. Asosan ensefalit simptomlari aniqlanadi, kasallik birdaniga boshlanadi, bemor psixikasi buzilib, uni talvasa tutadi, oyoq-qullari falaj yoki yarim falaj bo'lib qoladi. Meningokokkli ensefalit ko'pincha ulim bilan tugaydi.

Differensial diagnostikasi. Meningokokkli meningit to'satdan boshlanadi, bemorni harorati ko'tarilib, qo'sadi va Kernig, Bruzdinskiy simptomlari paydo bo'ladi. Orqa miya suyuqligi tekshirilganda xira va yiringli bo'ladi, pleotsitoz yaqqol ko'rinadi. Suyuqlik tarkibidagi oqsil moda bir qadar ko'payadi: 0,6-1,5%, Pandi va Nonne – Appelt reaksiyalari musbat bo'lib chiqadi. Orqa miya suyuqligida meningokokklar topiladi. Qonda leykotsitoz – 15.000-30.000 va neytrofilyoz aniqlanadi.

Pnevmonokokkli meningit to'satdan boshlanmay bir qadar sekinroq boshlanadi, lekin intoksikatsiya kundan kunga kuchayib boradi. Kasallikning birinchi uchog'i-pnevmoniya, yiringli otit, traxeobronxit borligi aniqlanadi. To'la bo'lmagan meningial sindrom bilan birga ensefalit belgilari ko'rinadi. Bu xil meningit uzoq davom etadi va kasallik vaqti-vaqti bilan zo'riqib turadi. Ana shunday vaqtda orqa miya suyuqligi yiringli bo'lib pleotsitoz ko'payadi (600-1.300 gacha yetadi). Oqsil miqdori ham ko'payadi 6,5-9,7%.

Stafilokokkli meningit to'satdan boshlanadi, harorat 39-40°C gacha ko'tarilib, sepsisga oid simptomlar paydo bo'ladi. Ichki organlarda o'zgarishlar ko'proq aniqlanadi. Jigar va taloq kattalashadi, qon bosimi pasayadi. Bu meningitning eng muhim xususiyati – abscesslar paydo bo'lishidir. Shu sababdan likvorda va qonda stafilokokklar topiladi. Likvordagi o'zgarishlar: pleotsitoz ko'payadi (1 mm da 1.500-2.000 hujayra topiladi). Cho'ktirish reaksiyalari musbat natija beradi. Periferik qonda neytrofillar ko'payib ketadi (60-100% gacha). Leykotsitoz 15.000-30.000 atrofida bo'ladi.

Sil meningiti. Bu kasallik asta-sekin rivojlanib boradi. Harorat subfebril darajaga ko'tariladi, sal bosh og'riydi. Bemor darmonsizlik sezadi. Oradan taxminan 1 hafta o'tgach, meningial sindrom paydo bo'ladi. Kasallikning 8-10 kunlari bosh miya nervlarining zararlanishiga oid belgilar ko'zga tashlanadi (ko'z g'ilay tortib turadi, anizokoriya, ptoz va ko'rish hamda eshitish yomonlashadi). Avval bemorni uyqu tortavergan bo'lsa, endi (o'rtacha 1 hafta o'tgach) u bezovtalanib, nojo'ya harakatlari qila boshlaydi. Es-xushi ham yo'qolib, oyoq-qo'llar falaj va yarim falaj bo'lib qoladi. Kasallikning 3-haftasida bemorni talvasa tutadi. Keyin bemor koma holatiga tushib, ko'p o'tmay o'lishi mumkin. Sinchiklab so'rab surishtirilsa, bemorning qachonlardir sil bilan og'riganligi yoki sil bor bemorga yaqin yurganligi aniqlanadi. Orqa miya suyuqligi tiniq bo'ladi, pleotsitoz ko'rinadi (1ml da 200-700 hujayra). Unda oqsil ko'payadi (1,0-3,3%). Pandi va Nonne – Appelt reaksiyalari musbat bo'lib chiqadi. 12-24 soat o'tgach likvorda fibrindan tashkil topgan yupqa paradacha hosil bo'ladi. Ana shu pardachadan sil tayokchalarini ajratib olish mumkin. Qonda limfotsitoz bo'ladi.

Asoratlari. Davo kech boshlanganda turli asoratlari va qoldiq alomatlar aniqlanadi. Meningitdan sog'aygan kishilarda asteniya sindromi (tajanglik, tez charchash, bosh og'rig'i) uchraydi. Yosh bolalar meningitdan so'ng yig'loqi bo'lib qoladi. Davolash paytida antibiotiklar dozasi kam bo'lsa, meningit qaytalanib zo'riqishi mumkin. Ensefalit bilan o'tadigan meningit uchun kamdan-kam holda oyoq-qo'llar falaj yoki yarim falaj bo'lib qoladi. Rekonvalessentlarning 3% da quloq og'ir tortib, ko'zi xiralashadi. Gidrotsefaliya kam uchraydi.

Laborator diagnostikasi.

Periferik qonda o'zgarishlar kuzatiladi: leykotsitoz, neytrofilez, chapga siljish. Meningit diagnozini aniqlashda orqa miya suyuqligini tekshirish juda muhim ahamiyatga ega. Meningokokkli meningitida likvor loyqa va yiringli bo'ladi, bosimi kuchayadi (normada 130-180mm. siqim) pleotsitoz ko'payadi (1000-10000 hujayra topiladi), neytrofilyoz 60-100% aniqlanadi. Oqsil miqdori 1-3,3% ni tashkil qiladi. Pandi va Nonne – Appelt reaksiyalari musbat bo'lib chiqadi. Qand va xloridlar biroz pasayadi (normada 1,6-2,7). Orqa miya suyuqligi olingandan so'ng bemorning ahvoli biroz yaxshilanadi. Bundan tashqari bemorning burnidan, ko'zidan, bo'g'imidan chiqqan suyuqlikni, qonni ekish mumkin, serologik usullardan RPGA, IFA larni qo'llash mumkin.

Davosi. Meningit bilan og'rigan bemorni davolash deyarli hamma vaqt shoshilinch choralar ko'rishni talab qiladi.

Meningitning davolanilishi. Davoni bemorga antibiotiklar, xususan, penitsillin buyurishdan boshlanadi. Bir kunda 2.000.000 ED/kg xisobidan penitsillin m/o yuborib turiladi. 3 yoshgacha bo'lgan bolalarga penitsillin 300.000 ED/kg hisobidan buyuriladi. Bemorning ahvoli juda og'ir bo'lsa, penitsillin dozasi oshirilib, 1.000.000 ED/kg gacha yetkaziladi. Penitsillin gematoensefalik to'sig'dan juda qiyinchilik bilan o'tadi, ya'ni qondan bosh miyaga kam o'tadi. Shu sababdan meningitda penitsillin katta dozalarda yuboriladi.

Penitsillinning natriyli tuzini venaga yuborish ham mumkin. Bir kecha-kunduzda 2000000-12000000 ED dozada tomchilash yo'li bilan venaga yuboriladi. Penitsillinning katta dozasi m/o yuborilganda, uni orqa miya kanaliga yuborish zarurati yo'qoladi.

Davolash jarayonida penitsillin dozasini kamaytirish mumkin emas, aks holda meningit alomatlari darrov zo'rayadi. Penitsillin bilan davolash harorat tushib, meningial simptomlar yo'qolguncha davom ettiriladi. Davo boshlanganidan 5-6 kun o'tgach bemorga endolyumbal punksiya qilinadi. Agar likvorda pleotsitoz kamayib, 1 ml dagi hujayralar soni 100 dan kam va ular asosan, limfotsitlardan iborat bo'lsa, davolash natija bergan bo'ladi. Demak, penitsillin yuborishni to'xtatish mumkin.

Agar bemor organizmi penitsillinga nisbatan sezuvchan bo'lsa, u holda tetrasiklin yoki levomitsetin ishlatiladi. Tetrasiklin m/o kuniga 25 mg/kg hisobidan, levomitsetin esa kuniga 80-100 mg/kg hisobidan tayinlanadi.

Levomitsetin suksinat parenteral yo'l bilan yuborilganda yaxshi natija olinadi. Bemorga avval 1-2,5 g miqdordagi preparat v/i yuboriladi, keyin har 8 soatda usha dozada m/o yuborilib turiladi. Davo kursi 7 kun.

Uzoq vaqt ta'sir qiladigan sulfanilamidlar ham ishlatiladi. Sulfamenometoksin davo boshlanishida 1 kunda 2 marta 2 g dan beriladi, keyingi kunlarda kuniga 1 marta 2 g dan berib boriladi. Davo kursi 5-10 kun.

Davolash davrida ba'zan bemor qayt qiladi, stomatit belgilari paydo bo'lishi mumkin.

Patogenetik davo usullari. Bular asosan, intoksikatsiya (infeksion toksik shok yuz bermasligiga) va bosh miya shishi paydo bo'lmasligiga qaratilgan usullardir. Shu maqsadda organizmga yetarli miqdorda glyukoza eritmasi, fiziologik eritma, plazma yuborilib turiladi, qon qo'yiladi. Bu xildagi dezintoksikatsion davo 1-2 kun davom etadi. Shu bilan bir qatorda degidratatsion davo usullari ham qo'llaniladi. M/o 20% li magniy sulfat eritmasi, natriy xlorid, kalsiy xloridlarning gipertonik eritmalari, diuretiklar (gipotiazid, novurid) tayinlanadi. 15% li mannitol eritmasini (3 g/kg) 30% li mochevina eritmasi (1 g/kg) bilan birga ishlatilsa yaxshi natija olinadi. Ammo buyrak kasallanganida va gemorragik alomatlar ko'ringanda mochevina ishlatish mumkin emas.

Uotexauz-Fridreksen sindromi yuz berganda (ya'ni meningokokk sepsisining o'ta o'tkir xilida) venaga fiziologik eritma, 5% li glyukoza eritmasi, tegishli dozada noradrenalin, mezaton, adrenalin, kordiamin, gidrokortizon (100-200 mg), 5% li askorbin kislotasi yuboriladi. Ularni qanchadan va qancha vaqt yuborish kerakligi davolash jarayonida qon bosimi va peshob qay darajada asliga kelayotganiga qarab aniqlanadi. Bemor kollaps holatidan chiqarilgach, m/o xar 4-6 soatda kortikosteroidlar yuborib turiladi. Katta dozalarda askorbin kislota, 200-800 ml miqdorda 4% li natriy bikarbonat yuborish tavsiya etiladi.

Talvasa tutishi, bemorning har-xil nojo'ya harakat qilishi xatarli bo'lgani uchun m/o kuniga 3-4 marta litik aralashma (promedol, aminazin, dimedrol yoki pipolfen) yuborib turiladi. Talvasa tutish qaytarilsa bemorga xloralhidratdan klizma qilinadi va lyuminal ichiriladi. M/o seduksen yuborilsa (1 kunda 50-100 mg) yaxshi natija olinadi.

Profilaktikasi. Har bir aniqlangan kasallik to'g'risida rayon yoki shahar DSENM ga xabarnoma berish zarur. Meningokokkli infeksiya og'rikan bemorlar (meningit yoki meningokokksemiya, nazofaringit) albatta kasalxona boksiga yoki maxsus infeksiyon bo'limlarga yotqiziladi.

Meningokokk infeksiyasining xilidan qat'iy nazar hamma bemorlar kasalxonaga yotqiziladi. Bolalar kollektivlarida bemor bilan kontaktda bo'lganlar nazorat ostiga olinadi va tekshiriladi. Besh yoshgacha bo'lgan bolalarga 1,5 ml., 5-7 gacha 3,0 ml. gamma-globulin yuboriladi. Tekshirilganlar orasida bakteriya tashib yuruvchilar topilsa, ularni sanatsiya qilish maqsadida 3-4 kun bosib sulfanilamid preparatlari yoki levomitsetin 0,5g. 4 mahal beriladi. Bunday kollektivlarda tekshirish va sanatsiya ishlari tugamagunga qadar yangi bolalar qabul qilinmaydi. Bunday kollektivga qarashli bino, bemor yotgan xona dezinfeksiya qilinadi. Rekonvalessentlar bolalar muasasallarga shifoxonadan chiqqanlaridan so'ng 5

kundan keyin qo'yiladi. Hozirgi davrda vaksinatsiya uchun polisaxaridli A va S vaksinasi qo'llaniladi.

Meningokokk infeksiyasi rekonvalessentlari dispanserizatsiyasi.

Sog'liqni saqlash vazirligining bir qator buyruqlariga asosan meningit (ensefalit) bilan og'riqan bemorlar nevropatolog tomonidan bir marta majburiy ko'rikdan o'tkazilgan holda 2 yil davomida nazorat qilinadi, birinchi 3 oyda – bir oyda 1 marta, dispanser kuzatuvining birinchi yilida – 3 oyda 1 marta va kuzatuvning ikkinchi yilida – 6 oyda 1 marta. Laboratoriya va maxsus tadqiqotlar klinik qon va umumiy siydik tahlilini o'z ichiga oladi – yiliga 1 marta; EEG, EKG va boshqa maxsus tadqiqotlar – ko'rsatmalarga muvofiq. Infeksion kasalliklar shifoxonasida davolanish va rehabilitatsiya tugagandan so'ng, meningokokk infeksiyasining umumiy shakllarini o'tkazgan rehabilitatsiya davrida kasallikning aniq natijasi, likvorning normallasishi va meningokokk uchun burun-halqumdan shilliq bir marta salbiy surtmadan keyin chiqarilishi mumkin (bakteriologik tadqiqotlar antibiotiklar bilan davolash tugaganidan keyin 3 kundan kechiktirmay amalga oshiriladi). Keyinchalik kasal bo'lganlar dispanserizatsiyadan o'tkaziladi. Uning tashkil etilishi va mazmuni ko'p jihatdan kasallikning qoldiq ta'sirining tabiati va chastotasiga bog'liq. O'z vaqtida va to'g'ri davolashda kasallikning kattalarda (asosan yoshlarda) natijalari ijobiy.

Shunday qilib, odatda o'tgan yillardagi epidemiyalar xos bo'lgan oyoq-qo'llarning falajligi, ko'rlik, karlik kabi jiddiy oqibatlar bo'lmaydi. Kasallanib o'tgan bemorlarda yengil qoldiq nevrologik alomatlar paydo bo'lishi mumkin. Mehnat qobiliyati 60-70% da a'lo va yaxshi, 20% qoniqarli (ozgina pasayish) va faqat 10-15% hollarda yomon (past) sifatida tavsiflanishi mumkin. Asosan aqliy mehnat qobiliyati buziladi, jismoniy ko'rsatkichlarga kamroq darajada ta'sir qiladi. Kasallikning natijasini bashorat qilishga urinishlar va undan ham ko'proq o'tkir davming klinik ko'rinishi bo'yicha ekspert qarori asosli bo'ladi, ammo juda qiyin. Bu hayotning oqibati va markaziy asab tizimining funksiyalarini tiklashga nafaqat infeksiyon jarayon bilan bevosita bog'liq bo'lgan omillar, balki infeksiya bilan bog'liq bo'lmagan, balki premorbid holat (yurak-qon tomir va asab kasalliklari, shikastlanishlar va boshqalar) bilan bog'liq bo'lgan boshqa omillar ham ta'sir qilishi bilan izohlanadi. Klinik va ekspert oqibatining eng ma'lumotli belgilari: koma, doimiy va aniq piramidal yetishmovchilik sindromi, o'zgaruvchan sindromlar, serebral buzilishlar, ruhiyat buzilishlari (alohsirash, gallyusinatsiyalar, Korsakov sindromi), aniq harakat qo'zg'alishlari, likvordagi oqsil-hujayralarning dissotsiatsiyasi. O'tkir davrda ushbu klinik belgilarning aniqlanishi kechki muddatlarda nojo'ya ekspert oqibatini ko'rsatadi. Ushbu belgilarning kombinatsiyasi ekspert-mehnat oqibatini keskin yomonlashtiradi.

Dinamik katamnestik kuzatuvlar bemorning organizmining funksiyalarini va ijtimoiy (kasbiy) foydaliligini tiklanish jarayonida uchta asosiy davrni ajratib ko'rsatishga imkon beradi:

I davr (kasallikdan keyingi birinchi olti oy) – MNS buzilgan funksiyalarining dastlabki va beqaror kompensatsiyasi;

II davr (6 oydan 12 oygacha) – funksiyalarni kompensatsiyasining tugallanishi;

III davr (kasallikdan keyin > 1 yil) – kasal bo'lganlarning funksiyalari holatini barqarorlashtirish.

I davrda somatogen va serebrogen asteniya sindromlaridan tashqari qoldiq organik nevrologik simptomatika sindromlari ham aniqlanadi. Ular orasida eng keng tarqalgani tarqalgan o'choqli mikrosimptomatik sindrom (30%). Kasal bo'lganlarda faqat alohida, o'choqli ravishda ajratilgan nevrologik mikrosimptomlarning mavjudligi (burun-lab uchburchagining silliqqligi, tilning deviatsiyasi va boshqalar) ularning holati va hayot tarziga deyarli ta'sir qilmaydi va maxsus davolashni talab qilmaydi. Piramidal yetishmovchilikning aniq va doimiy sindromini aniqlash muhimroqdir (6,4%). Meningoensefalitning shubhasiz dalili bo'lgan ushbu sindrom, odatda, kasal bo'lganlarning mehnat qobiliyatining sezilarli darajada pasayishi bilan keladi va ularning ijtimoiy (kasbiy) muvofiqligi cheklanganligini ko'rsatadi. Ekspertlar nuqtai nazaridan yana bir noqulay holat – qo'l-oyoqlarning parezlari, kranial nervlar va tos a'zolarining disfunktsiyasi bilan namoyon bo'ladigan tarqalgan organik o'zgarishlar sindromidir (2,3%). Shuni ta'kidlash kerakki, maxsus reabilitatsiya davolashda (so'riltiruvchi, trofikani yaxshilash, tiklash va boshqa vositalar) kranial nervlarning parezlarini (III, IV va VII juftlar) to'xtatish va oyoq-qo'llarining og'irligini, tos a'zolarining parezi va disfunktsiyasini sezilarli darajada kamaytirishga erishish mumkin. Ushbu guruhdagi oxirgi va davolash eng qiyin bo'lgani psixorganik o'zgarishlar sindromidir (1%). Ushbu sindrom kamdan-kam uchraydigan bo'lsa-da, u har doim markaziy asab tizimidagi (miyaning o'zi) qo'pol va, odatda, qaytmas o'zgarishlarni ko'rsatadi. I davrda, odatda, uning boshida (birinchi 1-2 oy) bu davrning turli klinik sindromlari bilan klinik simptomologiya va kasallikning o'tkir davrining kechishi o'rtasidagi bog'liqlik aniq namoyon bo'ladi.

Shunday qilib, ensefalit bilan og'rikan (o'tkir davrda ensefalitning shartsiz belgilari bo'lgan) birinchi davrda aniq umumiy infeksiyon (somatogen) asteniya (80%), shu jumladan 6 oygacha davomli kechishi kuzatiladi (27%). Somatogen asteniya pasayganda, ensefalitdan tuzalganlarning 1/3 qismida serebrogen asteniya belgilari, ba'zilarida esa psixorganik o'zgarishlar (3%) kuzatiladi. Ob'ektiv nevrologik tadqiqotlar ko'pincha piramidal yetishmovchilik sindromini (60%) aniqlaydi. Ensefalit bilan og'rikanlarning 3% da qo'pol organik buzilishlar (oyoq-qo'llarning parezisi) qayd etiladi. Agar o'tkir davrda faqat qisqa muddatli ensefalitik

reaksiya mavjud bo'lsa, u holda readaptatsiya davrida somatogen asteniya ensefalit bilan og'riqlarga qaraganda (40%) kamroq aniqlanadi va uzoq davom etadigan kechish faqat 6% da kuzatiladi. Kasal bo'lganlarning 14% da serebrogen asteniya qayd etiladi. Piramidal sindrom 6% da uchraydi. Ko'pincha diffuz o'choqli simptomlar aniqlanadi (45%), ularning faqat yarmida shikoyatlar bilan birga kuzatiladi. Tarqalgan organik buzilishlar kuzatilmaydi. Va nihoyat, agar o'tkir davrda faqat tarqoq o'choqli nevrologik alomatlar kuzatilsa, u holda tiklanish davrida, hatto somatogen asteniya ham kam uchraydi (30%) va uning uzoq davom etadigan kechishi 10% hollarda kuzatiladi. serebrogen asteniya kasal bo'lganlarning atigi 8% da aniqlanadi. Psixorganik va diffuz o'choqli buzilishlar aniqlanmaydi. Piramidal sindrom faqat 10% da kuzatiladi. Tarqalgan o'choqli mikrosimptomatik sindrom dominant hisoblanadi – kasal bo'lgan bemorlarning 53,5% da va odatda, u shikoyatlar bilan birga kelmaydi.

Shunday qilib, readaptatsiyaning birinchi davri (kasallikdan keyingi dastlabki olti oy) ikki guruh sindromlar bilan tavsiflanadi (12.3-jadval):

I guruh – astenik sindromlar. Bu yerda asosiylari somatogen asteniyaning bosqichma-bosqich bartaraf etish jarayoni va bu fonda yanada barqaror va hali ham kompensatsiyalanmagan serebrogen asteniyaning aniqlanishi;

II guruh – qoldiq organik nevrologik simptomlar sindromlari. Ikkala guruhdagi simptomlarning og'irligi, shuningdek, kasallik natijasida kelib chiqqan markaziy asab tizimidagi o'zgarishlarning o'rmini qoplash qobiliyati ko'p jihatdan kasallikning tabiati va infeksiyaning o'tkir davri kechishining xususiyatlari bilan belgilanadi.

Asteniya sindromlari:	Readaptatsiyaning I davri	Davolashning samaradorligi	Ushbu sindromdagi mehnat qobiliyati buzilish darajasi
Somatogen asteniya (umumiy infeksiya : odatiy kechishi) (47,5%)	Kasallikdan keyin 2-8 hafta ichida yo'qoladi	Umumiy tonik, adaptogen, simptomatik vositalar samarali.	To'liq tiklanish Mehnat qobiliyati cheklanmagan
Somatogen asteniya (umumiy infeksiya : (cho'zilgan kechishi) (15,6%)	Kasallikdan keyin 6 oy ichida yo'qoladi	Xuddi shu vositalar samarali (yuqoriga qarang). Readaptatsiya jarayonini buzadigan omillarni izlash va istisno qilish kerak	Astenik hodisalarni davolash va yo'q qilishdan keyin mehnat qobiliyati cheklanmaydi.

Serebrogen asteniya	Turg'un, kasallikdan so'ng 6 oydan keyin paydo bo'ladi.	Nevrologik shifoxonada maxsus davolanishni talab qiladi (maxsus asab to'qimalarining trofizmi va metabolizmini yaxshilaydigan terapiya).	To'liq sog'ayishda kuchli ta'sirlarni (harorat ko'tarilishi, namlik, shovqin, vibratsiya, bosim o'zgarishlari) cheklagan holda mehnatga layoqatlilik 40-50% yaxshilanadi
Rezidual organik nevrologik simptomlar sindromlari:	Readaptatsiyaning I-II davri		
Tarqalgan o'choqli mikrosimptomlar sindromi (32,8%)	Klinik ahamiyatga ega emas, 1 yil ichida mustaqil ravishda to'xtatilishi mumkin.	Davolash talab qilinmaydi	Mehnat qobiliyati cheklanmagan (gipoksik test va EEG yordamida kompensatsiya turg'unligini aniqlagandan so'ng)
Piramidal yetishmovchilik sindromi (6,4%)	Reflekslarning assimetriyasi shaklida, asosan meningoensefalit natijasida, noqulay klinik va prognostik ahamiyatga ega	Nerv to'qimalarining trofizmi va metabolizmiga o'ziga xos ta'siri tufayli ham yomon davolanadi.	Dekompensatsiya omillarini hisobga olmaganida mehnat faoliyati qabul qilinadi (agar sindrom boshqa kasalliklar bilan qo'shilmasa)
Yalpi organik o'zgarishlar sindromi (2,3%)	Qo'l-oyoqlarning parezlari, bosh miya nervlarning shikastlanishi, tos a'zolarining disfunktsiyasi, epileptik xurujlar,	Maxsus davolanish (so'rilishi mumkin bo'lgan, ogohlantiruvchi, mashqlar bilan davolash, massaj, fizioterapiya) ta'siri	Mehnat qobiliyati buzilgan. Belgilar tez va to'liq yo'qolayotganda mehnat qobiliyati cheklangan. Kelajakda, 1-2 yil

	va hokazo. Ular erta rekonvalessensiya davridan aniqlanadi (2-3 hafta)	ostida to'liq yoki qisman to'xtatilishi mumkin.	ichida o'zgarishlar davolanganda, ikkinchi tekshiruvdan o'tkazish mumkin (3 yildan keyin).
Psixooorganik o'zgarishlar sindromi (0,9%)	Meningoensefalit oqibati. Kasallikdan so'ng darhol aniqlanadi, kam hollarda 1-2 oydan keyin.	Shubhasiz davolash qiyin	Mehnat qobiliyati sezilarli darajada buzilgan
Uzoq muddatda paydo bo'ladigan sindromlar: miya araxnoidit sindromi (8%)	6-12 oy yoki undan keyin aniqlanishi mumkin	Erta va adekvat davolashda (PEG, so'riltiruvchi vositalar) o'rtacha darajada regressiya bo'lishi mumkin	Mehnat qobiliyati buzilgan.

II davr – 6 oydan 12 oygacha (yilning ikkinchi yarmi) – buzilgan funksiyalar uchun kompensatsiyani yakunlash bilan tavsiflanadi. Odatda, ushbu davrning oxiriga kelib, birinchi davrda qayd etilgan sindromlarning ko'pchiligining chastotasi va og'irligi sezilarli darajada kamayadi. Yilning ikkinchi yarmida somatogen asteniya kuzatilmaydi. Shunday qilib, hatto ensefalit bilan og'riqan bemorlarda ham piramidal yetishmovchilik sindromlarini (30% gacha), tarqoq o'choqli simptomlarni (17% gacha) va boshqa alomatlarni aniqlash chastotasi kamayadi. Xuddi shunday dinamika o'tkir davrda ensefalitik reaksiyasi va diffuz belgilari bo'lgan bemorlarda kuzatiladi. Odatda, ikkinchi davrning oxiriga kelib, hosil bo'lgan kompensatsiya turg'un. Shu bilan birga, bu davr ba'zi bemorlarda miya araxnoiditi va likvorogipertenziv asoratlarning shakllanishini ko'rsatadigan simptomlarga duch kelishi mumkinligi nuqtai nazaridan juda muhimdir. Agar I davrning boshida ular kamdan-kam hollarda, odatda, og'ir asteniya bilan niqoblangan bo'lsa, unda uning oxiriga kelib, ayniqsa II davrda ular dominant bo'lishi mumkin. Shunday qilib, I davrda likvorogipertenziya belgilari barcha kuzatuvlarning 2% da, II davrda esa 5% da topiladi. I davrda miya araxnoiditi 3%, II davrda esa 8% hollarda aniqlanadi. Ensefalit bilan og'riqanlar orasida II davrda likvorogipertenziya 20% va miya araxnoiditi – 13% hollarda, ensefalitik reaksiya va tarqoq o'choqli simptomlarga ega bo'lganlar orasida araxnoid – bitishmali va likvorogipertenziv asoratlari 3-5% dan oshmaydi. II davrda

shakllanadigan bu kech asoratlar maxsus davolashni talab qiladi va ularsiz o'z-o'zidan yo'qolmaydi.

III davrda (kasallikdan keyin 1 yildan ortiq va 2 yilgacha) kasal bemorlarning ahvoli barqarorlashadi. Agar bu vaqtga kelib bu holat kompensatsiya qilingan bo'lsa, demak, kelajakda dekompensatsiya bo'lmaydi, deb deyarli to'liq ishonch bilan aytish mumkin. Va aksincha, III davrda asab tizimining funksiyalarining doimiy og'ishlari, agar ilgari maxsus davolash o'tkazilmagan bo'lsa, kelajakda uzoq vaqt davom etadi.

Yuqoridagi sindromlarni qayta tiklash davrlariga qarab guruhlash kelajakda kasal bo'lgan bemorning davolanishi va kasbiy yaroqliligi haqida xulosa chiqarishga imkon beradi. Ushbu guruhlash shartli bo'lib, oqibatlar va umuman qoldiq hodisalarning tasnifi bo'lib ko'rinmaydi. U tor doirada (tibbiy va mehnat ekspertizasini o'tkazish uchun) qo'llanilishi mumkin bo'lib, kompensatsiya va rehabilitatsiya darajasiga qarab, ularning kasbiy foydalanish istiqbollari aniqlash uchun kasal bo'lganlarning sindromlari va qayta tiklanish davrlarini boshqarishga imkon beradi. Kasal bo'lganlarni tekshirishda ularning kasbiy faoliyatining o'ziga xos xususiyatlarini ham hisobga olish kerak. Ulardan ba'zilari uchun ma'lum mehnat omillarining tizimli ta'siri bilan bog'liq rasmiy faoliyatining tabiati bo'yicha ekspert masalalarini hal qilishda alohida yondashuv talab etiladi. Bunday omillarning uchta guruhini ajratish mumkin.

Birinchi, fiziogen ta'sir omillari – shovqin, tebranish, atmosfera bosimining pasayishi, noqulay iqlim sharoitlari, atrof-muhit harorati yuqori bo'lgan mikroiklim sharoitida ishlash.

Ikkinchi, gipoksik osillar: yuqorida ishlash, aviatsiyada uchuvchi tarkibda ishlash, g'ovvoslar, gemik gipoksiya rivojlanishiga olib keluvchi og'ir mehnat sharoitlari.

Va nihoyat, uchinchi guruh hissiy-intellektual stressning (o'tkir yoki surunkali) rivojlanishiga olib keladigan omillardan iborat bo'lib, uni o'qishdagi asbob-uskunalarni fiksatsiyalashda uzoq vaqt yo'naltirilgan e'tiborni talab qiladigan ish, belgilangan tezlikda ishlash, analizatorlarning biron tizimini haddan tashqari kuchlanishda ishlashi, monoton qo'zg'atuvchilarning ta'siri va boshqalar. Mehnat faoliyati ushbu guruhlardan kamida bittasining omillari ta'siri bilan bog'liq bo'lgan barcha bemorlar, agar ularda serebrogen asteniya sindromi yoki qoldiq organik nevrologik simptomatika sindromlaridan biri mavjud bo'lsa (tarqalgan mikrosimptomlar bundan mustasno) ushbu sharoitda ishlashga yaroqsiz deb tan olinishi kerak. Dozalangan gipoksik zo'riqish bilan proba, elektroensefalografiya va psixofiziologik tadqiqotlar paytida aniqlangan funksional o'zgarishlar bunday bemorlarning o'z mutaxassisligi bo'yicha ishlashga yaroqliligini cheklash yoki ushbu mutaxassislik uchun yuqoridagi omillarning ta'sirini istisno qilishning iloji bo'lmasa, ularni umuman yaroqsiz deb tan olish foydasiga qo'shimcha dalil bo'lib xizmat

qiladi. Somatogen asteniya (odatiy kechishi) yoki tarqalgan o'choqli mikrosimptomatik sindromni boshdan kechirgan shaxslar bunday mutaxassisliklar bo'yicha ishlashga yaroqli deb tan olinishi mumkin va funksional tadqiqot usullari normadan og'ishlarni aniqlamaydi. Bu holatda alohida ahamiyatga ega bo'lgan tavsiyalar birinchi navbatda readaptatsiya I davrini (kasallikdan keyingi dastlabki 6 oy) eng to'g'ri o'tkazish bo'yicha tavsiyalardir. Readaptatsiya sindromlarini va davrlarini aniqlash nafaqat meningokokk infeksiyasining qoldiq ta'siri va oqibatlarini tasniflash, balki ma'lum bir sindromning patogenetik mexanizmlarini bilib, zarur reabilitatsiya tadbirlarini o'tkazish imkonini beradi. Davolash va reabilitatsiya choralariga bo'lgan ehtiyoj ko'pincha qayta tiklanishning birinchi I davrining o'rtalarida yoki oxirlarida paydo bo'lishi mumkin, bu kasal bo'lganlarning faol mehnatga qaytishiga to'g'ri keladi. Shunday qilib, qayta tiklashning I davrida, nuqsonlarning eng faol kompensatsiyasi sodir bo'lganda, o'z vaqtida va yetarli darajada amalga oshirilgan terapevtik va reabilitatsiya choralari ko'p jihatdan kasal bo'lganlarning salomatligi va mehnat qobiliyatini tiklash muvaffaqiyatini aniqlaydi. Bu borada faol dispanserizatsiyaning amaliy ahamiyati yaqqol ko'rinadi. U esa qoldiq davrda kasal bo'lganlarda asoratlarni erta aniqlash va rivojlanishining oldini olish, ishning xususiyatiga qarab oqibatlar dinamikasini baholash, eng munosib bandlikni aniqlash, ekspert qarorlarining to'g'riligini retrospektiv baholash imkonini beradi. Infeksion kasalliklar shifoxonasi bosqichida o'tkazilgan va keyingi bosqichlarda (reabilitatsiya bo'limi, sanatoriy, poliklinika) davom ettiriladigan reabilitatsiyaning erta davri uchun reabilitatsiya tadbirlari rejim choralari, terapevtik ovqatlanish, fizioterapiya mashqlari, fizioterapiya, jismoniy va fiziologik usullarni o'z ichiga oladi., farmakologik tuzatish, psixoterapevtik usullar.

NAZORAT SAVOLLARI

1. Grippga ta'rif bering va uning tarqalishini ayting?
2. Grippning qo'zg'atuvchisi xususiyatlarini ko'rsating.
3. Grippning patogenezini qanday xususiyatlarga ega?
4. Gripp qanday klinik, epidemiologik va laboratoriya ma'lumotlari asosida tashxislanadi?
5. Grippni davolash uchun qanday dorilar ishlatiladi?
6. Paragrippning asosiy xususiyatlari nimada?
7. Paragripp qanday kasalliklardan ajralib turadi?
8. Adenovirus infeksiyasining tarqalishi qanday?
9. Adenovirus infeksiyasining asosiy klinik shakllarini aytib bering.
10. Rinovirus infeksiyasining klinik belgilarini sanab bering.
11. O'RVI ning etiotropik va patogenetik terapiyasini aytib bering.
12. Qizamiq patogenezini aytib bering. Immunitetni shakllantirishning o'ziga xos xususiyati nimada?
13. Qizamiqning klinik davri.
14. Qizamiq kasalligining har bir bosqichining xarakterli ko'rinishini ko'rsating.
15. Qizamiq asosiy asoratini ko'rsating.
16. Qizamiqni tashxislashning asosiy usullarini sanab bering.
17. Kasallikning bosqichiga qarab davolashning asosiy usullari va ishlatiladigan dori-darmonlarni ko'rsating.
18. Qizilcha patogenezini aytib bering. Immunitetni shakllantirishning o'ziga xos xususiyati
19. Qizilcha kasalligi klinik ko'rinishi.
20. Qizilcha kasalligining asosiy asoratlari?
21. Qizilcha diagnostikasining asosiy usullarini sanab bering.
22. Qizamiq va qizilcha kasalligining oldini olishning asosiy yo'nalishlarini sanab bering.
23. Qizilcha etiologiyasi va epidemiologiyasini aytib bering.
24. Qizilcha kasalligining klinik davri.
25. Qizilcha klinik ko'rinishi.
26. Qizilcha asosiy asoratini ko'rsating.
27. Qizilcha uchun asosiy diagnostika usullarini sanab bering.
28. Qizilcha etiotropik va patogenetik terapiyasini aytib bering.
29. Parotit infeksiyasining ta'rifi. Uning tarqalishi?
30. Parotit infeksiyasining epidemiologiyasi?
31. Parotit infeksiyasining klinik tasnifi?
32. Poliomielitga ta'rif bering, uning tarqalishi?

33. Poliomielit patogenining xususiyatlarini ko'rsating.
34. Poliomielit patogenezining xususiyatlari?
35. Poliomielit qanday klinik, epidemiologik va laboratoriya ma'lumotlari asosida tashxislanadi?
36. Poliomielitni davolashda qanday dorilar qo'llaniladi?
37. Poliomielitga qarshi emlash qanday amalga oshiriladi?
38. Suvchechakning klinik ko'rinishi.
39. Suvchechakning asosiy asoratini ko'rsating.
40. Suvchechakning etiotropik va patogenetik terapiyasini aytib bering.
41. Difteriya uchun ta'rif bering.
42. Difteriya turlarini sanab bering.
43. Difteriya qo'zg'atuvchisi xususiyatlarini aytib bering.
44. Difteriyaning klinik tasnifi.
45. Tomoq difteriyaning klinik tasnifi.
46. Tomoq difteriyaning klinik ko'rinishini aytib bering.
47. Qaysi klinik, epidemiologik va laboratoriya ma'lumotlari asosida difteriya tashxisi qo'yilgan?
48. Laringeal difteriyaning klinik tasnifi.
49. Kasallikning klinik ko'rinishi, bosqichi qanday? Laringal difteriyaning prognostik jihatdan salbiy belgilarini aytib bering.
50. Difteriya tashxisi va differensial tashxisini aytib bering.
51. Difteriyaning kam uchraydigan shakllarini aytib bering.
52. Difteriyani davolash?
53. Difteriya profilaktikasi uchun qanday tamoyillar mavjud. Emlash qanday amalga oshiriladi?
54. Ko'kyo'talning etiologiyasi va epidemiologiyasini aytib bering.
55. Ko'kyo'talning klinik davri.
56. Ko'kyo'talning klinik ko'rinishi.
57. Ko'kyo'talning asosiy asoratlari?
58. Ko'kyo'talni tashxislashning asosiy usullarini sanab bering.
59. Ko'kyo'talning etiotropik va patogenetik terapiyasini aytib bering.
60. Ko'kyo'talning profilaktikasi.
61. Meningokokk infeksiyasining etiologiyasi va epidemiologiyasini aytib bering.
62. Meningokokk infeksiyasining klinik tasnifi.
63. Meningokokk infeksiyasining asosiy asoratlari?
64. Meningokokk infeksiyasini tashxislashning asosiy usullarini sanab bering.
65. Meningokokk infeksiyasining profilaktikasi.

VAZIYATLI MASALALAR

1. 1,5 yoshli bolada O'RVVI fonida birinchi marta uzaygan hushtaksimon, nafas chiqarish bilan hansirash paydo bo'ldi. Teri qoplamlari oqimtir, ekspirator xarakterdagi nafas qisilishi. Perkutor o'pka ustida qutichasimon tovushi eshitiladi. Auskultatsiya paytida nafas chiqarishning uzayishi, quruq hushtaksimon xirillash eshitiladi. Rentgenologik bronxial obstruksiyaning belgilari bor.

Sizning dastlabki tashxisingiz qanday?

2. Talaba 18 yoshda shikoyatlari: 7 kun mobaynida holsizlik, tana xaroratining $37,8^{\circ}$ C gacha ko'tarilishi, burundan shilimshik ajralma kelishi, Yutinishda og'riq kuzatilishi, kuzda «tuproq» hissiga. Ob'ektiv: jag' osti va bo'yin orti limfa tugunlarining kattalashishi, kon'yunktivaning shishi qizarishi, ogiz shilliq qavatining giperemiyasi, bodomcha bezlarining gipertrofiyasi.

Sizning dastlabki tashxisingiz qanday?

3. 13 yoshar bola qaltirash, tana xarorati $38,9^{\circ}$ C gacha ko'tarilishi, ko'z olmalari soxasida va mushaklarda og'riqlar, quruq yo'tal, tomog'ida og'riqlar va uyquning buzulishiga shikoyat qilgan. Terisi issiq, nam, gripp tashxisi qo'yilgan.

Bemorda grippning qaysi shakli?

4. 5 yoshar bola, kasalligining 1-kuni. Shikoyatlari: burnidan seroz suyuqlik kelishi, yengil darmonsizlikka, yo'talga. Ushbu klinik belgilar bemorning otanalarida ham bor. Ob'ektiv: Bemorning umumiy axvoli nisbatdan qoniqarli, tana xarorati $37,1^{\circ}$ C, yuzi pastoz, burunning teshiklari oldida qizarish, bodomcha bezlari va halqumning orqa devorlarining qizarishi bor.

Sizning dastlabki tashxisingiz qanday?

5. 8 yoshli bolada tana xarorati $38,5^{\circ}$ C gacha ko'tarilgan. Turg'un akkillovchi yo'tal, tomoqda og'rik, ishtaxasinning pasayishi va uyquning buzilishi kuzatilgan. Ko'rik paytida tomoqda shish, yumshoq tanglayning va tomoqning orqa devorining qizarishi bor.

Taxminiy tashxis qo'ying

6. Bemor 17 yoshda. Ob'ektiv: tana harorati 40° C, teri issiq, ko'zidan yosh oqadi, yorug'likdan qo'rqadi, burundan shilliqli ajralmalar keladi, tomoqda og'riq, lunj shilliq pardasida oq dog'i izlari. O'pkada vezikulyar nafas. O'zgarmagan teri fonida dog'li-papulyoz toshmalar quloq orqasida va burun ustida.

Sizning dastlabki tashxisingiz qanday?

7. Bemor 27 yoshda. Shikoyati: tana haroratining $38,5^{\circ}\text{C}$ ga ko'tarilishiga, toshmalar toshishiga, bosh aylanishiga, kam quvvatlilikka, isitma ko'tarilishiga. Ob'ektiv: yuzi shishgan, giperemiyalangan, sklera in'eksiyalangan, tili quruq, karashli, "chimchilash" va "jgut" simptomi musbat, toshmalar razeola-papulyoz xarakterda. Jigar +2sm, taloq +2sm kattalashgan.

Sizning dastlabki tashxisingiz qanday?

8. Bola 25 yoshli. Obektiv: umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda, holsiz, harorati $38,5^{\circ}\text{C}$. Mayda vezikulyar toshma, o'zgarmagan teri fonida, tana va boshning sochli qismida joylashgan. Kasallikning 2-kunida toshmalar soni ko'paydi, terida qichishish paydo bo'ldi, og'izda ham elementlar paydo bo'ldi. Halqumda engil qizarish, ichki a'zolarida o'zgarish yo'q. Limfa tugunlar o'zgarmagan.

Sizning dastlabki tashxisingiz qanday?

9. Bemor poliklinikaga haroratning ko'tarilishi, tomog'da og'riq badanda toshma toshish shikoyatlari bilan murojaat etdi. Ko'rikda harorati $39-40^{\circ}\text{C}$. Tomog'i chegaralangan qizargan, bodomcha bezlari kattalashgan, nekrotik o'zgarishlar bilan, burun-lab burchagi oqish, badanida nuqtali toshmalar.

Sizning dastlabki tashxisingiz qanday?

10. Bemor 17 yoshli. Kasallik o'tkir boshlangan, harorati $37,4^{\circ}\text{C}$ ga ko'tarilgan. Ko'rganda tomoq yoylarining tarqalgan qizarishi, burundan shilliq ajralishi, ensa va orqa bo'yin limfa tugunlarining kattalashishi aniqlandi. Orqasida, dumbasida, bo'g'imlarining yozuvchi yuzasida pushti rangli o'zgarmagan teri fonida kichik dog'li toshmalar toshgan. O'pkasida vezikulyar nafas, yurak tonlari aniq, pulsi ritmik. Qorni yumshoq og'riqsiz. Qon tahlilida – l-10,0, e-4, s-43, l-50, m-1, ECHT-8 mm/soat.

Sizning dastlabki tashxisingiz qanday?

ADABIYOTLAR RO'YXATI

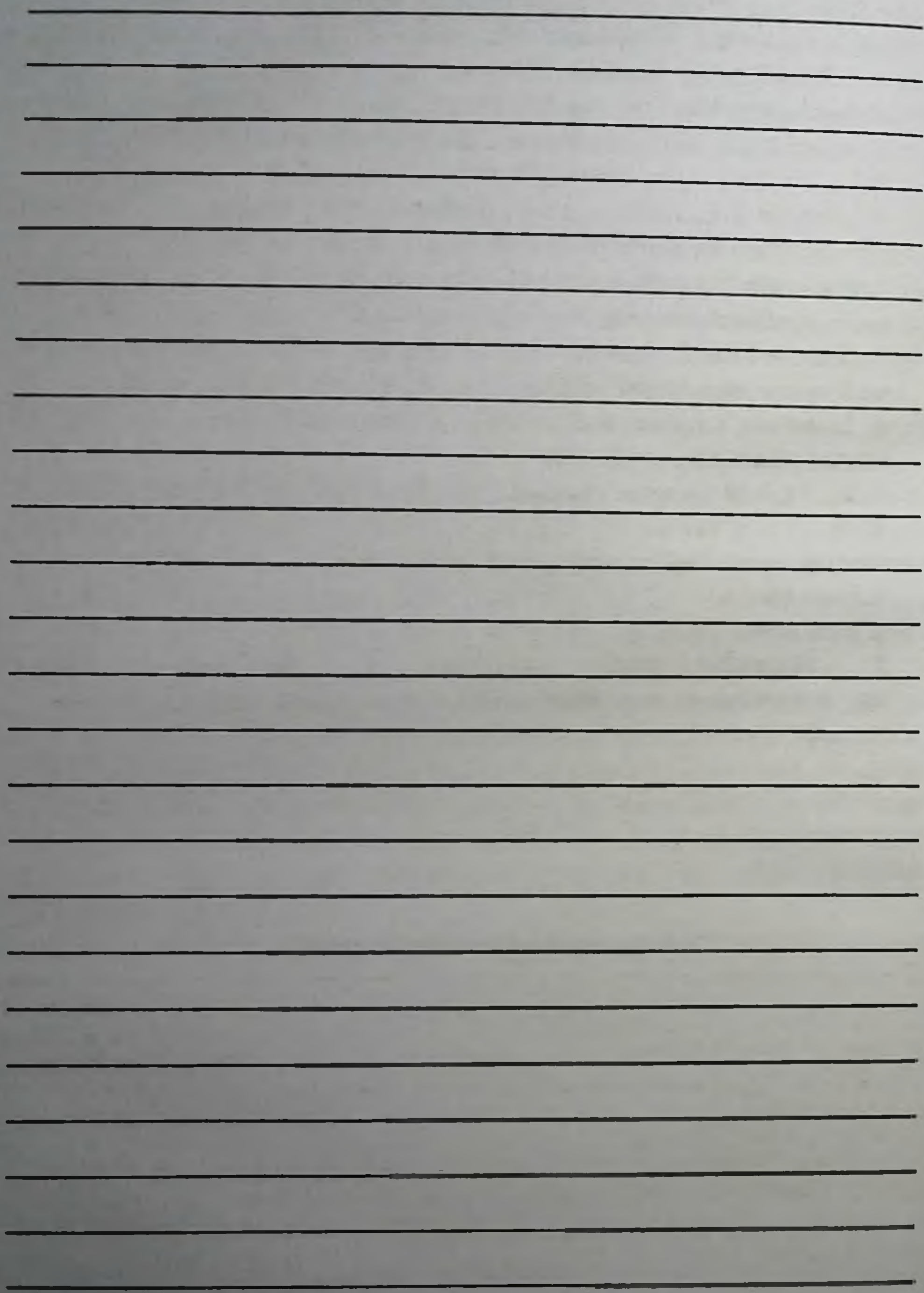
1. Daminov T.A., Tuychiev L.N., Tadjieva N.U. «Инфекционные болезни в деятельности ВОР» – Tashkent. – 2007 g.
2. Pokrovskiy V.I. i d.r. «Инфекционные болезни и эпидемиология». Учебная литература для студентов медицинских институтов. Москва – 2008. Второе издание. – 861 s.
3. Uchaykin V.F., Xarlamova F.S., Shamsheva O.V., Popesko I.V. «Инфекционные болезни. Atlas» Izdatelstvo GEOTAR – Media. – 2010. -218-297 s.
4. Pokrovskiy V.I., Pak S.G., Briko N.I., Dannilkin B.K. Инфекционные болезни и вакцинпрофилактика у детей: учебник. М. GEOTAR – Media. – 2007 – 688 s.
5. Pod redaksiyey Yushuka N.D., Vengerov Yu.Ya. “Инфекционные болезни: национальное руководство”. – 2009. – 1056 s. (natsionalnoe rukovodstvo).
6. Luchsheva V.I., Jarova S.N. “Atlas инфекционных болезней”. М: GEOTAR – Media. – 2009. Atlas. – 224 s.38.
7. Yushuk N.D. “Вирусные болезни” Izdatelstvo GEOTAR – Media. – 2016. – 157-369 s.

8. Internet ma'lumotlari quyidagi saytlardan olinadi:

Axbort resursi:

1. www.moodle.sammi.uz

2. Материалы для подготовки к практическим занятиям
<http://moodle.sammi.uz/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=246526>



ERGASHEVA MUNISA YAKUBOVNA

HAVO-TOMCHI INFEKSIYALAR

Muharrir:

Asadullo Shukurov

Musahhih:

Gulhayo Anorova

Sahifalovchi:

Abdushukur Ismoilzoda

**«Mahorat» nashriyot-matbaa ijodiy uyi 100129. Samarqand shahri,
Anhor ko'chasi, 33 uy. Tasdiqnoma: № 3278 (13.12.2021)**

Terishga 2024-yil 15-aprelda berildi.

Bosishga 2024-yil 15-mayda ruxsat etildi.

**Bichimi 60x84 1/16 «Times New Roman» garniturasida ofset
bosma usulida ofset qog'ozida bosildi. 6.5 shart bosma tabog'i.**

Adadi 50 nusxa. 15-son buyurtma.

«Bunyodkor avlod matbuoti» MCHJ bosmaxonasida chop etildi.

Samarqand shahri, Anhor ko'chasi, 33-uy





ISBN:978-9910-9260-7-5



9 789910 926075