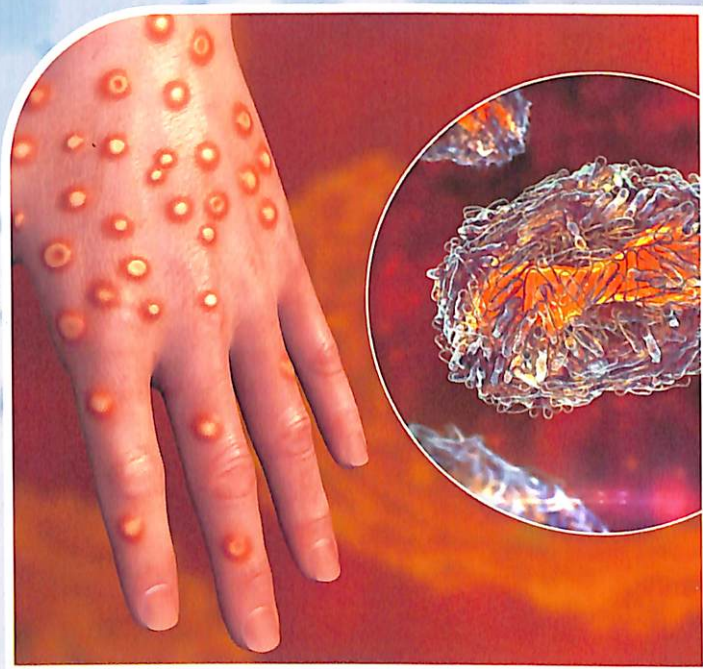


616.9.
T 530

TIRKASHEV O.S., MUSTAEVA G.B.

EKZANTEMA SINDROMI BILAN KECHUVCHI YUQUMLI KASALLIKLAR

O'quv qo'llanma



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

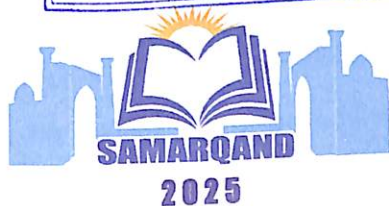
YUQUMLI KASALLIKLAR KAFEDRASI

Tirkashev Otabek Saidovich., Mustaeva Guliston Buriboevna



EKZANTEMA SINDROMI BILAN KECHUVCHI
YUQUMLI KASALLIKLAR

O'quv qo'llanma



UO'K 616.511(075.8)

KBK 55.142ya73

T 53

Tirkashev O.S., Mustaeva G.B.

Ekzantema sindromi bilan kechuvchi yuqumli kasalliklar [Matn] : o'quv qo'llanma
/ O. S. Tirkashev, G. B. Mustaeva. – Samarqand : Samarqand. 2025. – 116 b.

Tuzuvchilar:

Tirkashev O.S. -Samarqand davlat tibbiyot universiteti, yuqumli kasalliklar kafedrasida assistenti, PhD.

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

Taqrizchilar:

Ergasheva M.Ya. -SamDTU, yuqumli kasalliklar kafedrasida dotsenti, DSc.

Xudoydodova S.G. -Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti yuqumli kasalliklar va bolalar yuqumli kasalliklari kafedrasida dotsenti, t.f.n.

Izoh. Ushbu o'quv qo'llanmada ekzantema sindromi bilan kechuvchi yuqumli kasalliklar etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezini, klinik kechishi va diagnostik usullari to'g'risidagi ma'lumotlar batafsil yoritilgan. Boshqa yuqumli va yuqumli bo'lmagan kasalliklar bilan qiyosiy tashxisi ko'rsatib o'tilgan. Shuningdek o'quv qo'llanmada ekzantema sindromi bilan kechuvchi yuqumli kasalliklarning davolash usullariga va oldini olish chora tadbirlariga xam keng to'xtalib o'tilgan. O'quv qo'llanma amaliy xarakterga ega bo'lib, tibbiyot universiteti talabalariga mavzu yuzasidan yuzaga kelgan savollarga aydinlik kiritishga yordam beradi. O'quv qo'llanma tibbiyot universiteti pediatriya ishi, davolash ishi, professional ta'lim yo'nalishi 5-6 kurs talabarlari uchun amaliy mashg'ulotlar va mustaqil tayyorlanish uchun mo'ljallangan.

ISBN 978-9910-566-76-9

© Tirkashev O.S., Mustaeva G.B. 2025-y.
© Samarqand 2025-y.

MUNDARIJA

QISQARTIRMALAR RO'YXATI	4
SO'Z BOSHI	5
QIZILKO'YLAK.....	7
MENINGOKOKKLI INFEKSIYA	24
SUVCHECHAK.....	38
ODDIY GERPES INFEKSIYASI.....	49
O'RAB OLUVCHI UCHUQ.....	59
QIZAMIQ	64
Qizilcha.....	73
SOXTA TUBERKULYOZ	81
GEMORRAGIK ISITMALAR	89
MAVZU BO'YICHA AMALIY KO'NIKMALAR.	98
Qizilko'ylak mavzusi bo'yicha vaziyatli masalalar.....	104
Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati.....	114

QISQARTIRMALAR RO'YXATI

- VZV- varitsella-zoster virusi
DNK-dezoksiribonuklein kislota
IFA-immuno ferment analizi
IDX-immunodefitsit xolat
KBR-komplementni bog'lash reaksiyasi
MNS-markaziy nerv sistemasi
NE-nafas yetishmovchiligi
OITS-odam immuntanqis sindromi
OGI-oddiy herpes infeksiyasi
OGV-oddiy herpes virusi
PZR-polemeraza zanjir reaksiyasi
RNK-ribonuklein kislota
TQTI-tomirlarda qonning tarqoq ivish sindromi
TGAR- to'g'ri gemaglyutinatsiya reaksiyasi
UBN-ultra binafsha nurlanish
O'OU-o'rab oluvchi uchuq
O'RVI-o'tkir respirator virusli infeksiya
EGAR-egri gemaglyutinatsiya reaksiyasi
ECHT-eritrotsitlar cho'kish tezligi
XB-xalqaro birlik

SO‘Z BOSHI

Umumiy amaliyot shifokori toshmali kasalliklarni aniqlashda ma‘lum qiyinchiliklarni xis etadi, chunki to‘g‘ri qo‘yilgan tashxis bemorning yoki muloqotda bo‘lganlarning taqdirini, shuningdek infeksiya tarqalishini oldini olish choralarini belgilaydi. Ekzantemali yuqumli kasalliklar ko‘pincha o‘zining klassik kechishini yo‘qotmoqda. Bazida sust namoyon bo‘lgan klinik belgilar bilan, yaqqol namoyon bo‘lmagan, patognomonik belgilsiz kechadi, atipik kechishga moyilligi bor bo‘ladi. Bundan tashqari, qizamiq, qizilcha va qizilko‘ylak toshmasini eslatadigan turli toshmalar bilan kechadigan bir qator allergik kasalliklar mavjud.

Qo‘llanmada biz talabalarga toshmali kasalliklarni ajratishda, toshma bilan kechadigan turli infeksiyalarni farqlashda, bemorga to‘g‘ri tashxis qo‘yishda xal qiluvchi va tayanch simptomlarini ajratishga yordam beramiz deb umid qilamiz.

Oxirgi yillarda respublikamizdagi ijtimoiy-iqtisodiy islohotlardagi o‘zgarishlar asosida 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.

Ekzantema bilan kechuvchi yuqumli kasalliklar asosan bolalik yoshida kuzatilganligi sababli bu holatda kasallangan bolalar parvarishida, ulardan tahlil uchun biomateriallar olinish jarayoni muhim ahamiyatga ega. Mana shu kabi holatlarni inobatga olgan holatda ushbu jihatlarni imkon darajasida batafsil yoritilgan holatda o‘quv qo‘llanma ishlab chiqarishni lozim deb hisobladik.

Ushbu o‘quv qo‘llanma yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklari fanlarini o‘quv dasturiga muvofiq tarzda tuzilgan bo‘lib, ekzantema bilan kechuvchi yuqumli kasalliklarning turlari, o‘ziga hos klinik belgilari, laborator tashxisoti, bemorlarning parvarishlash va tahlillar o‘tkazilish tartibi batafsil yoritilgan.

Ekzantemalarning xarakteristikasi

- Rozeola (roseola) - oqish-pushti yoki qizil rangli, dumaloq shakldagi, terini cho'zganda yo'qoladigan dog'cha.
- Dog' (macula) - noto'g'ri shaklga ega, qon tomir kengayishi natijasida paydo bo'ladi, pushti-qizg'ish rangli.
- Eritema (erythema) -terining keng giperemiyalangan soxasi, teri qizil rangda.
- Gemorragiya (hemorrhagiae) - qon tomirlar o'tkazuvchanligini oshishi natijasida qon quyulish. Turli shakl va o'lchamlarda bo'lishi mumkin.
- Papula (papula) -qon tomirlarni kengayishi va teridan ko'tarilgan, dermani yuqori qavatida xujayrali infiltrat xosil bo'ladi.
- Bo'rtma (tubercula) - dermaning yallig'lanish xarakteridagi bo'shliqsiz elementi--granulema bo'lib, papuladan terida doimo aniq qattiq infiltrat paypaslanishi bilan farqlanadi.
- Tugun -(nodus)- chegaralangan qattiqilanish, terining chuqurida joylashgan.
- Pufak -(urticas)- terining so'rg'ich qavatini chegaralangan shishi. Element tez paydo bo'ladi va tez izziz yo'qoladi, qichishish bilan kechadi.
- Pufakcha -(vesicula) -bo'shliqli element epidermis qavatida rivojlanadi, tiniq suyuqlik saqlaydi.
- Pustula (pustula)-yiringlagan vezikula
- Gerpes (herpes) -o'tkir yallig'langan terida joylashgan pufakchalar guruxi.
- Qipiq (scvama) -yoo'qolgan toshma o'rnida, epidermisning shox plastinkalari ko'chishi natijasida paydo bo'ladi. Qipiq kattaligiga qarab qipiqilanish kepaksimon yoki plastinkasimon bo'lishi mumkin.
- Pigmentatsiya -(pigmentatio) -yo'qolgan toshma o'rnida, teridagi pigment xosil bo'lishning oshishi natijasida paydo bo'ladi.

Makula-papulyozli toshma quyidagi kasalliklarda kuzatiladi:

- -qizamiq, qizilcha
- -psevdotuberkulyoz
- -qizilko'ylak
- -Boston ekzantemasi (enterovirusli)
- -Rozenberg infeksiyon eritemasi
- -ikkilamchi zaxm
- -pushti temiratki

- -tomchisimon psoriaz
- -eshakyemi
- -dori allergiyasi

Dog‘li papulyoz va vezikullyoz toshma kuzatiladigan kasalliklar:

- - suvchechak
- - oddiy herpes
- - belbog‘simon herpes
- - dori allergiyasi

Gemorragik toshma quyidagi kasalliklarda kuzatiladi:

- Dori allergiyasi
- Meningokokksemiya
- Turli vaskulitlar
- Gemorragik isitma

QIZILKO‘YLAK

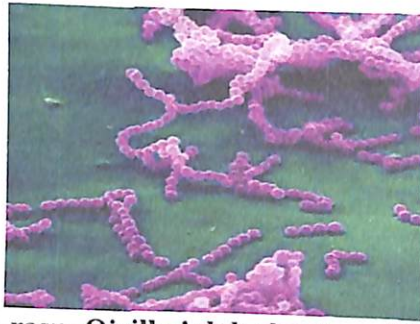
(skarlatina)

Qizilko‘ylak - umumiy zaharlanish belgilari, angina va terida maydamilliar toshmalar bilan kechadigan o‘tkir yuqumli kasallik.

Tarixiy ma‘lumotlar. Qizilko‘ylakni birinchi bo‘lib neopolitan vrachi Ingrassias 1554 yilda qizamiqdan ajratib, “Rossania” deb nomlagan. 1675 yilda ingliz shifokori T. Sidengem bu kasallikni batafsil o‘rganib chiqib, unga “scarlet fever” deb nom bergan. XVI asr mobaynida qizilko‘ylak epidemiyasi Yevropa mamlakatlari bo‘ylab keng tarqalgan. Ispaniyada esa kasallik ko‘pincha limfa tugunlarining shishishi bilan kechgani sababli xalq orasida “garotillo”, ya‘ni “temir bo‘yinbog‘” nomi bilan tanilgan. Keyinchalik, 1789–1824 yillar oralig‘ida Bretenio tomonidan qizilko‘ylakning klinik belgilari va qiyosiy tashxisiga oid tavsiflar berilgan. Rossiyada kasallik klinikasini G.Medvedov (1828), N.F.Filatov (1898), M.G.Danilevich (1928), patomorfologiyasini professorlar V.A.Sinzerling va A.V.Sinzerlinglar o‘rganib chiqqanlar.

Etiologiyasi. Kasallik qo‘zg‘atuvchisi A guruhga kiruvchi β -gemolitik streptokokk hisoblanadi. Streptococcus avlodiga, Streptococcaceae oilasiga kiradi. Oval yoki sharsimon shaklda bo‘lib, grammusbat, spora hosil qilmaydi, fakultativ aerob. Qo‘sha qo‘sha yoki zanjirsimon joylashadi. Kapsulasi bor. L formaga oson aylanadi. Gemolitik streptokokklar 17 serologik gruppaga bo‘linadi. A guruhi o‘z

navbatida 55 ta serogruppaga bo'linadi. Ushbu mikroorganizmlarning eng muhim xususiyatlaridan biri ularning toksin ajratish qobiliyatidir. Qizilko'ylakning shakllanishida aynan shu ekzotoksinga qarshi hosil bo'ladigan antitoksik immunitet muhim ahamiyatga ega. Agar organizmda bunday immunitet mavjud bo'lmasa, infeksiya kirganda qizilko'ylak kasalligi rivojlanadi. Aksincha, immunitet yetarli darajada shakllangan hollarda kasallik engilroq o'tadi yoki angina, faringit kabi yengil shakllarda namoyon bo'ladi. Streptokoklar antibiotiklarga sezgir (1-rasmga qarang).



1-rasm. Qizilko'ylak chaqiruvchisi.

Epidemiologiyasi. Qizilko'ylak antropozoz kasallik hisoblanadi, ya'ni uning yagona manbai - bu infeksiyaning ochiq yoki yashirin shaklida og'rigan insondir. Shuningdek, streptokokk infeksiyasining boshqa ko'rinishlari bilan kasallangan shaxslar ham manba bo'lishi mumkin. Kasallik asosan sovuq va mo'tadil iqlim mintaqalarida keng tarqalgan. Epidemiologik jarayon odatda har 2-3 yilda bir marotaba takrorlanib turadi, ba'zi davrlarda esa 20-30 yillik uzoq sikllar davomida ko'payish va kamayish holatlari kuzatiladi. Kasallik eng ko'p kuz va qish oylarida uchraydi. Yuqori xavf guruhi maktabgacha va boshlang'ich sinf yoshidagi bolalardir. Go'daklarda kasallik kam uchraydi, bu holat onadan o'tuvchi transplazent immunitet hamda ularning fiziologik areaktivligi pastligi bilan izohlanadi. Infeksiya asosan havo-tomchi yo'li orqali yuqadi. Bemorning idish-tovog'i, o'yinchoqlari yoki boshqa maishiy buyumlari orqali ham tarqalishi mumkin. Yuqumlilik darajasi o'rtacha 40 foiz atrofida. Eng ko'p 3-8 yoshdagi bolalar kasallanadi. Kasallik holatlari ko'pincha kuz, qish va bahor fasllarida ko'payadi hamda har 5-7 yilda kasallanish darajasining keskin oshishi qayd etiladi.

Patomorfologiyasi. Morfologik o'zgarishlar kasallik qo'zg'atuvchisi va uning toksik mahsulotlari ta'sirida yuzaga keladi. Infeksiya uchun kirish darvozasi sifatida odatda bo'yin bodom bezlari, halqumning shilliq qavati yoki ba'zi hollarda shikastlangan, kuygan teri yuzasi xizmat qiladi. Mahalliy jarayonlar shish, to'qimalarning giperemiyasi va leykotsitar infiltratsiya bilan kechadi. Bu o'zgarishlar kataral, yiringli yoki nekrotik yallig'lanish shaklida namoyon bo'lishi mumkin. Qo'zg'atuvchining dastlabki joylashgan o'chog'ida yallig'lanish va limfa tugunlarining shishishi kuzatiladi, bu holat "birlamchi qizilko'ylak kompleksi" deb ataladi. Birlamchi o'choqdan toksinning so'rilishi natijasida organizm zaharlanishi va o'ziga xos toshmalar paydo bo'lishi bilan kasallik kechadi. Teri yuzasi ancha qizargan bo'ladi, fon ustida esa mayda nuqtasimon toshmalar ko'rinadi. Mikroskopik tekshiruvda perivaskulyar infiltratsiya va dermadagi shish bilan kechuvchi mayda yallig'lanish o'choqlari aniqlanadi. Epidermis ekssudat bilan to'yinadi, parakeratoz belgisi kuzatiladi, keyinchalik esa shox qavat palaxsalar shaklida to'kiladi, bu ayniqsa qo'l kafti va tovonlarda yaqqol namoyon bo'ladi. Ichki a'zolarida - buyrak, yurak va jigar to'qimalarida distrofik o'zgarishlar, mikrotsirkulyatsiya buzilishi rivojlanadi. Bosh miya va vegetativ nerv tugunlarida qon aylanishi buzilib, neyronlarda distrofik o'zgarishlar paydo bo'ladi.

Septik shakllarda ba'zan nekrotik jarayonlar yiringli asoratlardan ustun bo'ladi. Bunday hollarda nekrotik o'rta otit, bo'yin flegmonasi va shunga o'xshash og'ir asoratlar rivojlanishi mumkin.

Patogenezi. Kasallikning o'ziga xos klinik kechishi streptokokk mikroorganizmining toksik, septik va allergik ta'sirlari bilan izohlanadi. Streptokokk kirgan joyda mahalliy yallig'lanish jarayonini qo'zg'atadi. U limfa yo'llari va yuzaki qon tomirlari orqali yaqin limfa tugunlariga tarqaladi, qonda esa β -gemolitik streptokokk tomonidan ishlab chiqariladigan, yurak-tomir, asab va endokrin tizimlarga zarar yetkazuvchi toksik moddalarning to'planishi kuzatiladi.

Toksik shaklda kasallik umumiy intoksikatsiya belgilarini namoyon etadi: isitmalash, bosh og'rishi, qusish, toshma va tomirlarning o'zgarishi kuzatiladi. Og'ir holatlarda gemorragik asoratlar paydo bo'lib, buyrak usti bezlariga qon quyilishi, miya shishi, yurak mushaklarining distrofiyasi, vegetativ asab tizimining faoliyati buzilishi (ba'zan simpatikoparez ko'rinishida) kuzatiladi.

Patogenezning septik shaklida β -gemolitik streptokokkning bevosita hujayra ta'siri yetakchi rol o'ynaydi. Bu holatda kirish darvozasida yiringli yoki nekrotik jarayonlar rivojlanadi va turli yiringli asoratlar yuzaga keladi. Septik ko'rinish kasallikning istalgan bosqichida paydo bo'lishi mumkin, ba'zan esa kasallik boshidanoq ustun kechadi. Bunday hollarda yiringli otit, sinusit, limfadenit yoki adenoflegmona rivojlanadi. Og'ir nekrotik otitlarda yallig'lanish jarayoni suyak to'qimasiga, miya pardalariga va hatto bosh miya moddasiga tarqalishi mumkin.

Allergik yo'nalish esa organizmning β -gemolitik streptokokk antigenlariga va parchalanayotgan to'qima mahsulotlariga ortiqcha sezuvchanligi natijasida paydo bo'ladi. Allergik holatlar kasallikning dastlabki bosqichlaridan boshlab rivojlana boshlaydi, biroq u eng yaqqol 2-3-haftalarda namoyon bo'ladi. Klinik ko'rinishlarda terida toshmalar, o'tkir limfadenit, glomerulonefrit, miokardit, sinovit kabi belgilar kuzatiladi. Ba'zan isitmalash va "allergik to'liqlar" deb ataluvchi turli xil teri toshmalaria ham shunga bog'liq bo'ladi.

Qizilko'ylak patogenezining ushbu uch yo'nalishi - toksik, septik va allergik jarayonlar - o'zaro chambarchas bog'liq bo'lib, kasallikning umumiy kechishida bir-birini to'ldiradi.

Immunitet. Kasallikdan keyin butun A guruhi qo'zg'atuvchilarga tegishli bo'lgan mustahkam, xayotiy, antitoksik immunitet tipospetsifik bo'lib kuchsizdir. Antitoksik immunitet streptokokkli infeksiyada boshqa oddiy shakllardan keyin xam rivojlanadi. Farqi bu xolatlarda antitoksik immunitet yo'q bo'lgan uchun jarayon qizilko'ylakga o'tib ketishi mumkin.

Klinik ko'rinishi. Kasallikning yashirin davri odatda 2 dan 7 kungacha davom etadi, ammo ayrim holatlarda bu muddat bir necha soatgacha qisqarishi yoki 12 kungacha cho'zilishi mumkin. Kasallik odatda to'satdan boshlanib, tana haroratining ko'tarilishi bilan kechadi. Bemor bola yutkunishda tomoq og'rig'ini sezadi, bosh og'rig'i va bir martalik qusish kuzatiladi. Bir necha soat yoki kun o'tgach, terining qizarishi fonida yuz, bo'yin hamda qo'l-oyoqlarda mayda, pushti nuqtasimon toshmalar paydo bo'ladi. Ayniqsa, toshmalar lunjlarda aniq namoyon bo'ladi, biroq burun-lab uchburchagi sohasi toshmasiz qoladi - bu holat Filatov belgisi deb ataladi (2-rasm).



2-rasm. Filatov simptomi.

Bolani ko'zlari chaqnaq turadi, yuzlari qip-qizil, bir oz shishgan bo'ladi. Teri tabiiy burmalarida, biqinlarda, ayniqsa qorin pastida, oyoq-qo'llar bukuvchi yuzasida, qo'l-tiqalarda, chov sohasida toshma quyulashadi, qon quyulishlar bo'lishi mumkin (Pastiya belgisi 3-rasm).



3-rasm. Tabiiy burmalarda toshmalarning joylashishi.

Mayda nuqtasimon toshmalar bilan bir qatorda, ba'zi bemorlarda boshqoq donasidek mayda, tiniq yoki biroz loyqa suyuqlik bilan to'lgan pufakchalar ham paydo bo'lishi mumkin. Og'ir kechuvchi holatlarda toshmalar ko'kimsiz tus oladi, dermografiizm esa sust ifodalanadi. Kasallik vaqtida tomir devorlari mo'rtlashgani sababli chimchilash yoki jgut qo'yilgan joylarda mayda qon quyilish belgilari kuzatiladi.

Qizilko'ylakda toshmalar odatda 2-7 kun davom etib, keyin izziz yo'qoladi, terida pigmentatsiya qoldirmaydi. Toshma so'ngandan so'ng, odatda kasallikning birinchi haftasi oxirida yoki ikkinchi haftasi boshida teri qipiqanishi boshlanadi. Bu jarayon badan, bo'yin va quloq atrofida mayda qipiqanish tarzida namoyon bo'ladi, qo'l-oyoqlarda esa, ayniqsa kaft va tovonlarda, palaxsasimon yirik qipiqanish kuzatiladi (4-rasm).



4-rasm. Kaftlarda plastinkali qipiqilanish.

Qizilko'ylakning eng muhim va doimiy klinik belgilaridan biri bu tomoqda kuzatiladigan o'zgarishlardir. Bunda bodom bezlari aniq chegaralangan, yorqin qizil tusda bo'ladi, til ham qizaradi, biroq yallig'lanish jarayoni qattiq tanglay shilliq qavatiga o'tmaydi. Kasallikning dastlabki kunlarida tomoq shilliq qavatida mayda nuqtasimon enanema paydo bo'lishi mumkin, ayrim hollarda u gemorragik tusga ega bo'ladi. Ushbu o'zgarishlar shu darajada xarakterli bo'ladiki, klinikada bunday manzarani "yonib turgan tomoq" deb atashadi (5-rasm)



5-rasm. Yonayotgan tomoq

Qizilko'ylakda angina turlicha shakllarda kechadi - kataral, follikulyar, lakunar, ba'zan esa nekrotik ko'rinishda bo'ladi. Kasallik og'ir kechgan hollarda nekroz jarayonlari yuzaki, orolchalarga o'xshash shaklda yoki chuqur, bodom bezining butun yuzasini qoplagan, kulrang yoki ko'kimtir tusdagi qoplamalar tarzida namoyon bo'ladi. Kataral va follikulyar angina odatda 4-5 kun ichida yo'qoladi.

Limfa tugunlari kattalashib, og'riqli bo'ladi, birinchi navbatda bodom bezlari va bo'yin oldi limfa tugunlari zararlanadi. Og'ir nekrotik holatlarda yallig'lanish jarayoni bo'yin kletchatkasiga va atrofdagi limfa

tugunlariga tarqalib, pereadenit yoki hatto adenoflegmona rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Til kasallikning boshida quruq bo‘lib, kulrang-sarg‘ish qoplama bilan qoplanadi. Ikkinchi yoki uchinchi kunda uning uchi va yon qismlari asta-sekin tozalanib, til yorqin qizil tus oladi. Unda aniq ko‘rinib turgan surg‘ichlar paydo bo‘ladi. Shu sababli bu holat “malinasimon til” deb ataladi (6-rasm).



6-rasm.Malinasimon til.

Zaharlanish belgilari qizilko‘ylakning og‘irlik darajasiga bevosita bog‘liq bo‘ladi. Kasallik yengil kechgan hollarda isitmalash, holsizlik, bosh og‘rishi va ba‘zan qusish bilan ifodalanadi. Og‘ir shakllarda esa tana harorati 40°C gacha ko‘tariladi, kuchli bosh og‘rishi, takroriy qusish, umumiy holsizlik, bezovtalik, hatto alahsirash, talvasa va meningeal belgilar kuzatiladi.

Kasallikning dastlabki bosqichida yurak-qon tomir tizimidagi o‘zgarishlar simpatik asab tizimi tonusining ortishi bilan bog‘liq bo‘ladi. Bu davrda arterial bosim ko‘tariladi, taxikardiya aniqlanadi - bu holat simpatikus fazasi deb ataladi. To‘rtinchi yoki beshinchi kunlarda esa parasimpatik nerv tizimi faollashib, yurak urish tezligi sekinlashadi, yurak tonlari bo‘g‘iq eshutiladi va qon bosimi pasayadi - bu esa vagus fazasiga xos holatdir. Simpatikus fazasida dermografizm oq, vagus fazasida esa qizil tusda bo‘ladi.

Vagus fazasida yurak chegaralari biroz kengayadi, birinchi tonning zaiflashuvi yoki sistolik shovqin eshutilishi mumkin. EKG tekshiruvlarida sinusli bradikardiya va aritmiya belgilanadi. Bunday o‘zgarishlar “infekсион yurak” deb ataladi va ularning sababi, asosan, yurakka ta’sir qiluvchi toksik va reflektor mexanizmlar bilan bog‘liq bo‘lib, kam hollarda miokard to‘qimasining bevosita zararlanishi natijasida yuzaga keladi. Yurak-qon tomir tizimidagi bu o‘zgarishlar odatda 2-4 hafta

O'quv qo'llanma

davom etib, so'ng asta-sekin yo'qoladi. Qizilko'ylak uchun xos belgilaridan biri - oq dermografizmdir (7-rasm).



7-rasm. Oq dermografizm.

Klassifikatsiya. N.I.Nisevich va V.F.Uchaykin bo'yicha tasniflanadi.

1. Turi bo'yicha:

-Tipik;

-Atipik;

a) bilinar bilinmas (toshmasiz);

b) agravirlangan simptomlar bilan(gipertoksik, gemorragik);

v) ekstrafaringeal (ekstrabukkal),abortiv.

2. Og'irligi bo'yicha:

-Yengil;

-O'rta og'ir;

-Og'ir (toksik, septik, toksiko-septik).

3. Kechishi bo'yicha:

-o'tkir;

-cho'ziluvchan;

-allergik to'lqin va asoratlarsiz;

-allergik to'lqin va asoratlar bilan.

4. Asoratlariga qarab:

-allergik;

-yiringli;

-septikopiemik;

-mikst infeksiya.

Qizilko'ylak klinik kechishiga ko'ra **tipik** va **atipik** turlarga bo'linadi.

Tipik turi - bu kasallikka xos bo'lgan asosiy belgilar: umumiy zaharlanish, angina va o'ziga xos toshmalar bilan kechuvchi shakldir.

Atipik turi esa klinik belgilar sust ifodalangan, yengil o'tuvchi yoki tomoqdan tashqari joyda boshlanadigan (ekstrafarengal) shakllarni o'z ichiga oladi. Ekstrafarengal qizilko'ylak, masalan, kuygan, yaralangan yoki tug'ruqdan keyingi jarohatlar joyida boshlanishi mumkin. Bunday hollarda toshma kirish darvozasi paydo bo'lib, mahalliy kuchayish kuzatiladi, isitmalash va qusish bo'ladi, ammo angina kuzatilmaydi. Shunga qaramay, limfadenit kirish joyi atrofida biroz ifodalangan bo'ladi.

Atipik shakllar orasida eng og'ir kechuvchi turlari - **gemorragik** va **gipertoksik** shakllardir. Bu holatlar "aggravirlangan" deb ataladi, chunki bemor kasallik to'liq klinik ko'rinishini namoyon etmasdan og'ir holatga tushib qolishi yoki halok bo'lishi mumkin. Bunday bemorlar ko'pincha meningoensefalit tashxisi bilan shifoxonaga yotqiziladi. O'lim holatlari asab, qon tomir va endokrin tizimlar faoliyatining keskin buzilishi bilan bog'liq bo'ladi. Bugungi kunda bu shakllar juda kam uchraydi.

Tipik shakllar og'irlik darajasiga qarab - yengil, o'rta og'ir va og'ir shakllarga bo'linadi. Kasallikning og'irligi zaharlanish darajasi va mahalliy yallig'lanish belgilariga qarab baholanadi.

Yengil shaklda kasallikka xos barcha belgilar mavjud bo'ladi, biroq ular sust kechadi. Tana harorati odatda 38–38,5°C atrofida, ba'zan subfebril yoki biroz yuqoriroq bo'ladi. Zaharlanish belgilaridan holsizlik, bosh og'rishi, bir martalik qusish kuzatiladi. Angina odatda kataral ko'rinishda bo'ladi, limfa tugunlarida esa katta o'zgarishlar kuzatilmaydi. Toshmalar tiniq, mo'l va ba'zan "yoqtirgan" sohalarida kuchliroq bo'ladi. Belgilar odatda tez so'nib, kasallikning birinchi haftasi oxirida bemor sog'ayadi. Biroq yengil shakllarda ham kasallikning 2–3-haftasida terining qipiqplanishi, "yuqumli yurak" belgilarining yengil ko'rinishlari, allergik yoki yiringli asoratlar kuzatilishi mumkin.

O'rta og'ir shakl taxminan 10–20% hollarda uchraydi. Bunda tana harorati 39–40°C gacha ko'tariladi, qusish, bezovtalik, uyqusizlik, qisqa muddatli isitmalash, shuningdek, angina paytida eksudativ yoki nekrotik o'zgarishlar aniqlanadi. Mahalliy limfa tugunlari kattalashib, og'riqli bo'ladi. Kasallikning o'tkir davri odatda 5–7 kun davom etadi, to'liq sog'ayish esa 2–3 hafta ichida sodir bo'ladi.

Og'ir shakllar uchta asosiy turga bo'linadi: toksik, septik va toksiko-septik.

Toksik shaklda tana harorati 40°C dan yuqori bo'lib, ko'p marta qusish, kuchli bosh og'rishi, hushning buzilishi, alahsirash, talvasalar, meningeal belgilar kuzatiladi. Qon bosimi keskin pasayadi, teri oqarib, sovuq ter bosadi, kollaps rivojlanishi mumkin. Toshmalar ko'kimtir, ko'pincha

gemorragik tusda bo'ladi, angina esa kataral yoki yuzaki nekrotik shaklda kechadi.

Septik shaklda kasallik og'irligi asosan mahalliy o'zgarishlar bilan belgilanadi. Bodom bezlari, ravoq va tilchada chuqur nekrozlar aniqlanadi. Limfa tugunlari ancha kattalashadi, qattiqlashadi va og'riqli bo'ladi, periadenit yoki adenoflegmona rivojlanadi.

Toksiko-septik shaklda esa umumiy intoksikatsiya va mahalliy yiringli-nekrotik o'zgarishlar birgalikda namoyon bo'ladi

Kechishi. Qizilko'ylak tekis, asoratsiz, xamda, notekis allergik va septik asoratlar bilan kechadi. Qizilko'ylak tekis kechganda patologik jarayon 2-3 haftada tugaydi. Qizilko'ylak kechishida retsividlar, asosan 2-3 haftada bo'lishi mumkin. Ular odatda yangi kelgan bemorlar bilan muloqotda bo'lganda streptokokkning yangi tipi tushib (superinfeksiya) yoki avvalgi tipi bilan yana zararlanish (reinfeksiya) hisobiga bo'ladi.

Asoratlari. Qizilko'ylakning spetsifik asoratlari toksik, septik va allergik turlarga bo'linadi. Asoratning kelib chiqish vaqtiga qarab erta va kech asoratlarga bo'linadi. Toksik asorati infeksiyon toksik shok Qizilko'ylakning toksik formalarida uchraydi. Septik asoratlariga limfadenit, otit, adenoidit, yiringli artrit, mastoidit, paratonzilyar absess, laringit, bronxit, pnevmoniya, meningit kiradi. Ular kasallik boshida yoki oxirida rivojlanishi mumkin.

Allergik asoratlar (nefrit, sinovit, oddiy limfadenit) asosan kasallik ikkinchi davrida, 2-3-haftada rivojlanadi. Erta asoratlar toksik va septik bo'ladi. Kechgi asoratlari infeksiyon-allergik ko'rinishda bo'ladi.

Erta yoshdagi bolalarda qizilko'ylak

Erta yoshdagi bolalarda qizilko'ylak kasalligi juda kam uchraydi, bu esa onadan o'tgan antitoksik immunitet mavjudligi bilan izohlanadi. Ushbu yoshdagi bolalarda kasallikning klinik kechishi o'ziga xos xususiyatlarga ega. Transplasentari immunitet saqlanib turgan bolalarda qizilko'ylak sust, yengil yoki rudimentar shaklda kechadi. Bunday hollarda tana harorati uncha yuqori ko'tarilmaydi, toshmalar kam bo'ladi va tez yo'qoladi. "Malinasimon til" hamda terining qipiqlanishi kabi belgilar odatda kuzatilmaydi.

Immunitet shakllanmagan bolalarda esa kasallik og'ir kechadi - septik shaklga xos nekrotik angina, faringit va yiringli-nekrotik asoratlar rivojlanadi. Shu bilan birga, erta yoshdagi bolalarda allergik reaksiyalar va infeksiyon-allergik asoratlar, masalan, nefrit yoki sinovit kabi holatlar juda kam uchraydi.

Tashxisoti va tashxis mezonlari

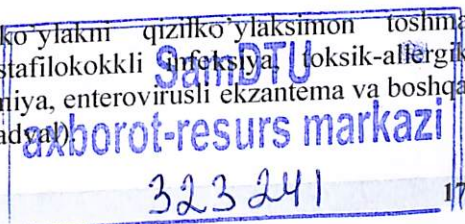
- Klinik-epidemiologik ma'lumotlar;
 - Bakteriologik tasdiqlash bilan (tomoqdan olingan surtma ekilganda β -gemolitik streptokokkni ajratib olinishi).
- Qizilko'ylakning tayanch diognastik belgilari:
- epidemiologik anamnezida bolaning streptokokkli infeksiyani boshqa shakllari bilan muloqotda bo'lgani hisobga olinadi;
 - kasallikni o'tkir boshlanishi;
 - isitmalash;
 - intoksikatsiya sindromi;
 - o'tkir tonzillit sindromi regionar limfadenit bilan;
 - yutinganda tomoqda og'riq, tomoqdagi chegaralangan yaqqol qizarish(olovli tomoq);
 - burin-lab uchburchagi oqarishi (Filatov simptomi);
 - teri qizargan fonida mayda nuqtali toshma toshishi,uning teri, tabiiy burmalarda quyuvlashishi;
 - tilning dinamikada o'zgarishi(malinali til);
 - plastinkali qipiqalanish.

Laboratoriya tekshiruvlarida qizilko'ylak tashxisini tasdiqlashda bir nechta muhim ko'rsatkichlar aniqlanadi. Eng avvalo, bakteriologik tekshiruvda tomoq shilliq qavatidan olingan surtma namunalarida β -gemolitik streptokokk aniqlanishi tashxis uchun katta ahamiyatga ega. Shuningdek, qon zardobida antistreptolizin-O, boshqa streptokokk fermentlari va antitoksinlarning mavjudligi ham kasallikni tasdiqlovchi muhim laborator belgilar hisoblanadi.

Organizmning qizilko'ylakka nisbatan sezuvchanligini **Dik reaksiyasi** yordamida aniqlash mumkin. Bu maqsadda teri ichiga standart eritrogen toksin eritmasidan 0,1 ml miqdorda yuboriladi. Agar 24 soat o'tgach in'eksiya joyida 10 mm dan katta qizarish yoki shish paydo bo'lsa, reaksiya musbat hisoblanadi va bu antitoksik immunitetning yo'qligidan dalolat beradi - demak, bola qizilko'ylakka moyil hisoblanadi. Aksincha, qizarish bo'lmasa, bu organizmda immunitet mavjudligini ko'rsatadi.

Umumiy qon tahlilida chapga siljigan neytrofilli leykotsitoz, shuningdek, eritrotsitlarning cho'kish tezligi (ECHT)ning oshishi aniqlanadi.

Qiyosiy tashxisoti. Qizilko'ylakni qizilko'ylaksimon toshma toshuvchi soxta sil, iersinioz, stafilokokkli infeksiya, toksik-allergik holatlar, qizamiq, meningokokksemiya, enterovirusli ekzantema va boshqa kasalliklar bilan taqqoslanadi (1-jadval).



Qizilko'ylak qiyosiy tashxisoti.

Belgi	Qizilko'ylak	Qizamiq	Qizilcha	Soxta sil
Boshlan-g'ich Simptomlari	Isitma, intoksikatsion sindrom, o'tkir tonzillit va regionar limfadenit	2-4 kun ichida kuchayib boruvchi kataral o'zgarishlar va intoksikatsiya	Toshma, engil kataral o'zgarishlar	Isitma, intoksikatsiya, klinik belgilarning polimorfizmi
Toshma paydo bo'lish vaqti	1-2 sutkada	Kasallikning 4-5 kuni	Kasallikning 1-chi kuni (kam xollarda 2-chi kuni)	Xar xil kunlari (3 kundan 21 kungacha)
Toshma Morfolo-giyasi	Mayda nuqtasimon	Makulopapulez toshma	Mayda dog'simon	Polimorf
Toshma o'lchami	2 mm gacha	O'rtacha kattalikda va yirik (10-20 mm), qo'shilishga moyil	Mayda (5-10 mm)	Turli o'lchamlarda
Toshma toshish bosqichli-ligi	Bir vaqtning o'zida butun badanga toshadi	Bosqichli, yuz sohasidan boshlanadi, 3-4 kun davomida	Bir vaqtning o'zida butun badanga toshadi	Bir vaqtning o'zida butun badanga toshadi. Ba'zan yangitdan toshadi
Toshma joylashishi	Qo'l-oyoqlarning bukuvchi yuzalari, tananing yon tomonlari, tabiiy burmalar sohasida	Toshma toshish kuniga qarab (1 kun -yuzda, 2 kun -yuz va tanada, 3-4 kun -yuz, tana va qo'l-oyoqlarda	Badanni hamma qismida, ko'pincha qo'l-oyoqlarning yozuvchi yuzalarida, orqa va dumba	Ko'pincha qo'l-oyoqlarning ichki yuzalarida, «kapyushon», «qo'lqop», «paypoq» simptomlari xos, bo'g'imlar atrofida toshmalar ko'p bo'ladi

			sohalarda, yuzda	
Teri holati	Giperemiyalangan	O'zgarmagan	O'zgarmagan	Ba'zan giperemiyalangan
Toshmaning yo'qolishi	Izsiz yo'qoladi. Teri tashlash (yirik va mayda plastinkasimon)	Pigmentatsiya. Mayda qipiqanish bo'lishi mumkin	Izsiz yo'qoladi.	Izsiz yo'qoladi. Qipiqanishi mumkin
Og'iz shilliq qavatlarida o'zgarishlar	Xalqumni yaqqol chegaralangan giperemiyasi	YUmshoq tanglayda giperemiyalangan enantemalar, Belskiy-Filatov-Koplik belgis	Xos o'zgarishlar bo'lmaydi	Xalqum orqa devorini tarqoq giperemiyasi, enantema bo'lishi mumkin
Intoksikatsiya	O'rta darajada va yaqqol ifodalangan	Toshma toshish davriga kelib maksimal rivojlanadi	Sust rivojlangan	O'rta darajada ifodalangan
Boshqa a'zo va tizimlarining zararlanishi	YUQTS, bo'g'imlar, buyraklar	Nafas olish tizimi, OIT, MNS	Kam xollarda - MNS, bo'g'imlar	Poliorganlik - bo'g'imlar, OIT, jigar, buyraklar, YUQTS



8-rasm. Soxta silda toshmalar

Soxta sil va iersiniozda qizilko'ylaksimon toshma toshadi, isitmalash, tomoq qizarishi kuzatiladi. Lekin toshma asosan polimorf, kattaroq, ayniqsa bo'g'imlar atrofida toshib, ko'prok oyoq qo'l panjalarida yuzida, burun lab uchburchagida xam toshadi (8-rasm). Tomoqdagi o'zgarishlar kam va uzoq turmaydi. Ko'proq jigar va taloq kattalashadi. Artralguya, teri qichishi qorinda og'riq, ichi buzilishi, sariqlik kuzatiladi va bu belgilar qizilko'ylakga xos emas.

Stafilokokk infeksiyasida Qizilko'ylaksimon toshma odatda yiringli o'choqlari (angina, limfadenit, sepsis) bor bolalarda toshib bunda toshma asosan yiringli o'choq atrofida toshadi va angina odatda bo'lmaydi (9-rasm).



9-rasm. Terini stafilokokkoli jarahotlanishi

Qizilko'ylaksimon toshmalar bilan kechuvchi toksiko-allergik holatlar ko'pincha antibiotiklar, ayrim dori vositalari yoki oziq-ovqat mahsulotlarini qabul qilgandan so'ng paydo bo'ladi. Bunday hollarda qizilko'ylakka o'xshash toshmalar bilan bir qatorda dog'li-papulyoz, gemorragik yoki eshakemi (urtikar) turidagi toshmalar ham kuzatiladi. Toshmalar asosan qo'l va oyoqlarning tashqi, yozuvchi yuzalarida, ayniqsa bo'g'imlar atrofida paydo bo'ladi, keyinchalik esa asta-sekin so'nadi. Tomoqda esa sezilarli o'zgarishlar kuzatilmaydi. Til sathidagi so'rg'ichlar kuchli ifodalanmaydi, limfa tugunlarining kattalashishi esa qizilko'ylakdagi kabi faqat jag' ostida emas, balki tananing turli sohalarida kuzatiladi.

Qizamiqda esa kasallikning dastlabki bosqichida tomoqda enantema, shuningdek Belskiy-Filatov-Koplik dog'lari (10-rasm) aniqlanadi. Bemor ko'z shilliq qavatining yallig'lanishi (kon'yunktivit), burun bitishi (rinit) va traxeit kabi belgilar bilan shikoyat qiladi. Qizamiqqa xos toshma dog'li-papulyoz tusda bo'lib, bosqichma-bosqich

toshadi, o'zidan keyin terida pigmentatsiya qoldiradi va keyinchalik mayda kepaksimon qipiqanish kuzatiladi (11-rasm).

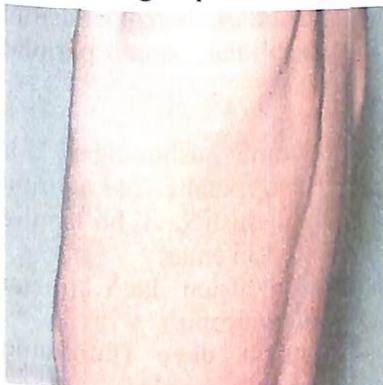


10-rasm. Qizamiqda lunjda enantemalar.



11-rasm. Qizamiqda dog'li-papulez toshmalar.

Qizilchada toshma mayda dog'li papulez, bir biri bilan qo'shilmagan. Kasallik birinchi kundan toshadi, qo'l oyoqlarning yozuvchi qismida ko'proq toshadi (12-rasm). Kataral belgilar engil, ensa va bo'yinning orqa limfa tugunlari kattalashgan bo'ladi.



12-rasm. Qizilchada toshma

Shifoxonaga joylashtirish.

Bemorlarni shifoxonaga joylashtirish klinik, bemorlar yoshi (3 yoshgacha bolalar) va epidemiologic (yopiq kollektivlardagi bemorlar, yotoqxon va kommunal kvartiralarda yashovchilar va h.k.lar) ko'rsatmalarga asoslanib o'tkaziladi. Kasallikning engil shakllari bilan kasallangan bemorlar tegishli sharoitlar (bemorni alohidalash, sanitar-gigienik qoidalarga rioya qilish, kundalik dezinfeksiya, idish-tovoqlar va kundalik anjomlarini alohidalanishi) yaratilgan holatlarda uyda davolanishi mumkin. Kasallikning o'rta-og'ir va og'ir shakllarida hamda uy sharoitida bemorni alohidalash imkoni bo'lmagan holatlarda bemorlarni albatta shifoxonaga joylashtirish lozim. Bemorlar bokslarga yoki 2-4 kishilik palatalarga joylashtiriladi. Palatalarni bemorlar bilan to'ldirilishi bir vaqtning o'zida amalga oshirilishi lozim, yangi kasallangan bemorlar bilan rekonvalessentlar orasida kontakt bo'lmasligi kerak. Uyda davolaganda bemorga mos sharoitlar yaratish lozim. Bunda bemor boshqa bolalar bilan muloqotda bo'lmasligi va sanitariya-gigiena qoidalariga amal qilishi lozim (kundalik dezinfeksiya, alohid aidish-tovoq va boshqalar).

Bemorni kasalxonadan chiqarish klinik ko'rsatmalarga asoslanib penitsillin bilan terapiya kursidan so'ng amalga oshiriladi.

Davosi.

Bazis davo choralari.

Kasallikning o'tkir davri mobaynida yotoq tartibga rioya etilishi shart.

Ovqatlanish - mexanik va kimyoviy jixatdan himoyalovchi taomlar. Og'iz bo'shlig'i qaynagan suv yoki kaliy permanganat, furatsillinning kuchsiz eritmaları bilan chayish.

Etiotrop davo

Antibakterial davo: birinchi qator dori vositalari: benzilpenitsillin, oksatsillin. Ikkinchi qator dori vositalari: makrolidlar, sefalosporinlar, klindamitsin.

Patogenetik va simptomatik davo.

Tana harorati ko'tarilgan holatlarda isitmani tushiradigan dori vositalari (paratsetamol, ibuprofen va boshq.). Bir marotaba yoki takroran isitma tushgunicha buyuriladi. Reya sindromi rivojlanish xavfi bo'lganligi uchun atsetilsalitsilat kislotasi dan foydalanish mumkin emas.

Yaqqol intoksikatsiya belgilarida -dezintoksikatsion davo infuzion eritmalar bilan o'tkaziladi (glyukoza, natriy xlorid va boshq.).

MNS zararlangan bemorlarda degidratatsion davo (furosemid, atsetozolamid, mannit), GKS (2-jadval).

Qizilko'ylakni og'irlik darajasiga ko'ra davolash

Davolash	Og'irlik darajasi		
	yengil	o'rta-og'ir	og'ir
Tartib	Kasallikning o'tkir davrida yotoq tartibi (3-5 kun)	Kasallikning o'tkir davrida yotoq tartibi (5-7 kun)	Patologik jarayon aktivligi yo'qolguncha yotoq tartibi
Parhez	Bolaning yoshiga muvofiq ravishda umumiy stol	Mexanik va kimyoviy jixatdan himoyalovchi taomlar, ko'p suyuqlik ichish	Birinchi 1-2 kunlarda sutli-o'simlik, keyinchalik mexanik va kimyoviy himoyalovchi taomlar
Etiotrop davo	Tanlov dori vositalari: benzilpenitsillin m/o 100000-150000 ED/tana vazniga miqdorida. YUborish tartibi - kuniga 4marotaba, kurs- 7 kun. Alternativ sxema-makrolidlar.	Tanlov preparatlari: benzilpenitsillin m/o 150 000-200 000 ED/tana vaznigaYUborish tartibi - sutkasiga 4-6 marotaba, kurs- 7-10 kun. Alternativ sxema-makrolidlar. Zaxira preparatlari - birinchi avlod sefalosporinlari (sefazolin va b.q.)	Tanlov preparatlari: benzilpenitsillin m/o 500000-700000 ED/tana vazniga miqdorida. Yuborish tartibi - kuniga 6 marotaba, kurs-10-14 kun. Alternativsxema-birinchi avlod sefalosporinlari (sefazolin i b.q.). Zaxira preparatlari - klindamitsin, dalatsin.
Patogenetik va simptomatik davo	Isitma tushiruvchi dori vositalari - paratsetamol ichishga (10 mg/kg bir marotabalik miqdorda)	Isitma tushiruvchi dori vositalari - paratsetamol ichishga (10 mg/kg bir marotabalik miqdorda)	Isitma tushiruvchi dori vositalari - paratsetamol ichishga (10 mg/kg bir marotabalik miqdorda) Dezintoksikatsion davo.Ko'rsatmaga ko'ra -talvasaga qarshi davo, GKS.

O'quv qo'llanma

Bashorati. Kasallik oqibati yaxshi. To'g'ri, o'z vaqtida davolaganda (penitsillinni erta qo'llash) kasallik tekis, kam asoratli kechadi.

Oldini olish. Qizilko'ylakning maxsus profilaktikasi yo'q. Oldini olish choralariga Qizilko'ylak bemori yoki streptokokk infeksiyasini boshqa shakli bilan og'riganlarni erta aniqlash va alohidalash, davolash kiradi. Qabul qilinganda ko'rsatmalarga asosan bola kasallik boshidan boshlab 7-10 kunga alohidalanadi, lekin bolalar muassasiga borish 22 kundan keyin ruhsat etiladi, chunki bu paytda bolada kechki asoratlar yuzaga chiqishi mumkin. Muloqatda bo'lganlar 7 kun kuzatiladi. Xar kunlik termometriya, tomoq va teri ko'rikdan o'tqaziladi. Streptokokk infeksiyasi boshqa shakllari (angina, faringit, streptodermiya va boshqalar) bilan og'riganlar ham 22 kunga alohidalanadi.

Dispanser nazorat

Qizilko'ylak bilan kasallangan bolalar dispanser ko'rigidan o'tishlari shart:

-yengil va o'rta og'ir shakllardan so'ng -1 oy mobaynida;

-og'ir shakllardan so'ng -3 oy mobaynida.

Klinik tekshiruv 2 haftada bir marotaba o'tkaziladi. Qon va peshobning umumiy tahlili, qo'zg'atuvchini tomoqdan olingan materialdan ajratib olish kabi laborator tekshiruvlar dispanserizatsiyaning 2-4-haftalarida o'tkaziladi. Kasallikning og'ir shakllarida qo'shimcha ravishda EKG o'tkaziladi.

Infeksionist, LOR, revmatolog, kardiolog va boshqa tor mutaxassislar konsultatsiyalari -ko'rsatmaga ko'ra.

MENINGOKOKKLI INFEKSIYA

O'tkir yuqumli kasallik bo'lib, uni meningokokklar chaqiradi va turli klinik ko'rinishlarda -tashuvchilik, nazofaringit, meningit, meningokokksemiya, meningoenfalelit ko'rinishlarida kechadi.

Tarixiy ma'lumotlar. Kasallik birinchi marta 1805 yil Yiesse tamonidan "epidemik serebral meningit" nomi bilan yozilgan. 1887 yilda Weichselbaum kasallik chaqiruvchisi grammanfiy diplokokk Nesserrie meningitidisi ochgan. XIX-asr oxirida meningokokksemiya klinikasi yoritib berilgan. XX-asr boshlarida meningokokli nazofaringit

aniqlangan. 1965 yildan meningokoklar chaqiruvchi kasalliklar meningokokli infeksiya deb nomlana boshladi.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchi Gramm manfiy diplokokk -Nessrie meningitidis, Neisserie avlodi, Neisseriaceae oilasiga mansub. Harakatsiz, spora, kapsula hosil qilmaydi. Oqsil tutuvchi muhitlarda (qon, plazma, go'sht gidrolizati) 36-37^oS va namlik yuqori bo'lgan sharoitda yaxshi o'sadi. Qo'zg'atuvchi burun shillig'i, qon, likvor, teri toshmalari ekssudatidan ajratib olinishi mumkin. Qo'zg'atuvchi endotoksin ajratadi. Meningokoklar organizmdan tashqarida tez xalok bo'ladi. +50^oS da 5 daqiqada, -2,-10^oS da 2 soatda xalok bo'ladi. Quyosh nuri, dezinfeksiyalovchi preparatlar ta'sirida, 70% spirt ta'sirida darrov xalok bo'ladi. Antigeniga qarab A, B, C, X, Y, Z, xamda 29 E va 135W seroguruhlariga bo'linadi.

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

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

Patogenezi. Kasallikning kirish darvozasi yuqori nafas yo'llarining shilliq qavati hisoblanadi. Bemorlarning taxminan 10-15 foizida bu sohada yallig'lanish jarayoni rivojlanib, o'tkir nazofaringit shaklida kechadi. Qolgan hollarda esa infeksiya hech qanday klinik belgi bermasdan "sog'lom tashuvchilik" holatida saqlanib qoladi. 1-2 foiz bemorlarda qo'zg'atuvchi qon oqimiga o'tib, klinik belgisiz o'tuvchi tranzitor bakteremiya yoki meningokokk sepsisni keltirib chiqaradi. Ayrim hollarda esa mikroorganizmlar gematoensefalitik to'siqni yengib o'tib, miya pardalarining yallig'lanishini - meningit yoki meningoensefalitni chaqiradi.

Qo'zg'atuvchining endotoksinlari tomir endoteliyiga va hujayra membranalariga zarar yetkazadi, bu esa gemodinamik muvozanatning buzilishiga olib keladi. Natijada organizmda turli biologik faol moddalar ajralib chiqadi, ular tomir ichida tarqoq qon ivish jarayonini (DVS-

O'quv qo'llanma

sindrom) faollashtiradi. Shu sababli ichki a'zolarida ko'plab qon quyilish o'choqlari paydo bo'ladi. Endotoksinemiya, gemodinamik va metabolik buzilishlar natijasida miya shishi rivojlanadi.

Kasallikning gipertoksik shaklida patogenezning asosi - tez rivojlanadigan gemorragik sindrom, buyrak usti bezlarining infarkti va og'ir endotoksinemiya hisoblanadi. Qo'zg'atuvchi miya pardalariga o'tganda meningit klinikasi rivojlanadi, bunda miya shishi, miyacha siqilishi va nafas markazining falaji kuzatilishi mumkin. Erta yoshdagi bolalarda esa miya ichi gipertenziyasi va gipotenziya bilan kechuvchi og'ir serebral kollaps holatlari yuzaga chiqadi.

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

Tasnifi.

1. Maxalliy shakllari: a) tashuvchilik
b) o'tkir nazofaringit
2. Tarqoq shakllari: a) meningokokksemiya
b) meningit
v) meningoensefalit
3. Aralash shakllari: meningit+meningoensefalit bilan
4. Kam uchraydigan shakllari:
a) endokardit
b) zotiljam
v) iridotsiklit
g) artrit va boshqalar

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri odatda 2 dan 10 kungacha davom etadi.

O'tkir nazofaringit - bu meningokokkli infeksiyaning eng ko'p uchraydigan (taxminan 80% hollarda) shaklidir. U yengil, o'rta og'ir va og'ir kechish turlariga ega.

Yengil shaklida kasallik to'satdan boshlanib, tana harorati 37,5-38°C gacha ko'tariladi, burun bitadi, shilliq ajralma ko'payadi. Ayrim hollarda harorat umuman ko'tarilmaydi, kataral belgilar juda sust bo'ladi,

qon tarkibida esa sezilarli o'zgarishlar kuzatilmaydi, faqat ayrim hollarda yengil neytrofilez aniqlanadi.

O'rtacha og'ir shaklda tana harorati 39°C gacha chiqadi, bemorda bosh og'rishi, aylanishi, tomoqda qichishish, yutishda og'riq, burun bitishi kabi belgilar kuzatiladi. Bemor holsiz, lanj bo'ladi, terisi oqaradi. Og'iz-halqum shilliq qavati qizaradi, orqa devorida shish va donadorlik paydo bo'ladi.

Og'ir shaklda tana harorati 40–40,5°C gacha ko'tariladi. Yuqorida qayd etilgan belgilar bilan bir qatorda qusish, talvasalar, qorinda og'riq paydo bo'ladi. Ba'zi bemorlarda meningeal belgilar ham aniqlanadi. Qon tahlilida leykotsitoz ($15 \times 10^9/l$), neytrofiliya va ECHT ortishi qayd etiladi. Miya suyuqligida (likvorda) hujayralar soni odatda me'yorida bo'ladi, ammo bosim biroz oshgan bo'ladi.

O'tkir nazofaringit odatda qulay kechadi: tana harorati 1–4 kun ichida me'yoriga tushadi, bemor 5–7 kun ichida to'liq sog'ayadi. Biroq ayrim hollarda ushbu shakldan so'ng kasallikning tarqoq (generalizatsiyalashgan) turlari rivojlanishi mumkin.

Meningokokksemiya - bu meningokokk infeksiyasining umumiy (tarqoq) shakli bo'lib, u nafaqat umumiy zaharlanish belgilari, balki turli a'zolar (bo'g'imlar, ko'z, taloq, o'pka, buyrak, buyrak usti bezlari va boshqalar) zararlanishi bilan kechadi. Kasallik odatda o'tkir va to'satdan boshlanadi: tana harorati keskin ko'tariladi, titrash, qusish paydo bo'ladi. Klinik belgilar odatda 1–2 kun ichida rivojlanadi.

Kasallikning 1-kun oxiri yoki 2-kun boshida terida toshmalar paydo bo'ladi. Bu toshmalar gemorragik tusda bo'lib, notekis, yulduzsimon shaklda bo'ladi, teri yuzasidan biroz ko'tarilib turadi. Ular asosan oyoq-qo'llarning distal qismlarida va dumba sohasida joylashadi (13–14-rasmlar).



13-rasm. Gemorragik toshmalar.



14-rasm. Gemorragik toshmalar, nekroz o'choqlari bilan.

Og'ir shakllarda kasallik klinikasi yanada og'ir kechadi. Bunday hollarda bemorning yuzi, yelkaları va tana yuqori qismida ham toshmalar paydo bo'ladi. Toshmalar orasida nekroz o'choqlari shakllanib, keyinchalik ularning o'rnida chandiqlar hosil bo'ladi. Juda og'ir - yashin tezligida kechuvchi holatlarda oyoq-qo'l barmoqlari uchi, quloq suprasi kabi joylarda gangrena rivojlanishi mumkin. Ba'zan nekroz jarayoni shu darajada chuqurlashadiki, suyaklar ham ochilib qoladi. Ayrim bemorlarda gemorragik toshmalar paydo bo'lishidan oldin rozeolez yoki rozeolopapulez xarakterdagi toshmalar kuzatiladi; ular 1-2 kun ichida izsiz yo'qoladi. Gemorragik, ayniqsa nekrozli toshmalar esa sekin bitadi va uzoq muddat saqlanib turadi.

Meningokokksemiyada tez-tez bo'g'imlar yallig'lanishi (artrit) kuzatiladi. Eng ko'p mayda barmoqlar bo'g'imlari, ba'zan tirsak, tizza yoki to'piq bo'g'imlari zararlanadi. Bo'g'im usti terisi shishadi, qizaradi, harakat og'riq sababli cheklanadi. Ko'pincha poliartrit, kam hollarda monoartrit rivojlanadi.

Ko'zning tomirli pardasi zararlanganda uveit rivojlanadi; bunda parda zang-jigar rangga kiradi va jarayon odatda bir tomonlama bo'ladi. Ayrim hollarda plevrit, pielit, flebit, jigar shikastlanishi, shuningdek yiringli endokardit, miokardit va perikardit kuzatiladi.

Yurak zararlanishida xansirash, sianoz, o'pka tomonda xirillashlar (chap yurak yetishmovchiligi belgisi) yoki jigar kattalashishi (o'ng yurak yetishmovchiligi) aniqlanadi. Buyraklar o'choqli glomerulonefrit ko'rinishida zararlanadi; peshobda oqsil (proteinuriya), eritrotsitlar, leykotsitlar va epiteliotsitlar topiladi.

Qon tahlilida leykotsitoz ($15-25 \times 10^9/l$), neytrofiliya, aneozinofiliya va ECHTning keskin oshishi ($50-70$ mm/soat) kuzatiladi.

Kasallik kechishiga ko'ra yengil, o'rtacha og'ir va og'ir shakllarga bo'linadi. Eng xavfli turi - yashin tezligida kechuvchi shakl bo'lib, bunda jarayon juda tez rivojlanadi: gemorragik toshmalar soat sayin ko'payib, qo'shilib ketadi, qon aylanish yetishmovchiligi belgilari kuchayadi. Teri sovuq, yopishqoq, bemor terlaydi; mushaklar va bo'g'imlarda og'riq, qusish, ich ketishi, DVS-sindrom alomatlari, arterial bosimning keskin pasayishi, subnormal harorat, ipsimon puls, oligoanuriya (siydik kamayishi) kuzatiladi.

Laborator jihatdan atsidoz, giperleykotsitoz yoki ayrim hollarda leykopeniya aniqlanadi. Bu holat patogenetik jihatdan infeksiyon-toksik shok sifatida baholanadi (1-jadval).

1-jadval.

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

<i>Belgilari</i>	I daraja (kompensatsiyalangan)	II daraja (subkompensatsiyalangan)	III daraja (dekompensatsiyalangan)
<i>Shikoyatlari</i>	Varaja, bosh og'rig'i, qayd qilish, mushak va bo'g'imlarda og'rik,	Kuchli charchoq	---
<i>Tana harorati</i>	39-40 S va undan yuqori	normada	gipotermiya
<i>Xushi</i>	Xushi o'zida, qo'zg'aluvchan	xushi o'zida, karaxt	I -II koma tarqoq talvasalar
<i>Terisi</i>	Rangpar oyoq qo'llar sovuq, lab sionozi, marmarsimon teri	Kuchli oqarish, akrotsianoz	Total sianoz, o'lik dog'lari
<i>Simptom "oq dog'lar"</i>	Manfiy	6-10 s	10 s dan yuqori
<i>Toshma</i>	Mayda gemorragik tezda toshadi va kattalashadi	Katta gemorragik, yulduzsimon toshmalar, ko'p nekroz o'choqlari bilan	Katta gemorragik ko'p qo'shilib ketgan nekroz o'choqlari bilan badan yuz, oyoqlari va qo'llarda joylashgan
<i>Nafas qisilishi</i>		Yaqqol namoyon bo'lgan	Yaqqol rivojlangan, patologik nafas tiplari yaqqol namoyon bo'lgan

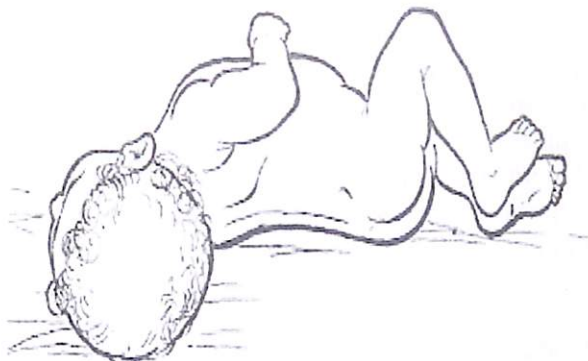
O'quv qo'llanma

<i>Puls</i>	Ritmik qoniqarli to'liqlikda	Ritmik kuchsiz to'lqinlikda	Ipsimon yoki aniqlanmaydi, aritmiya
<i>YUQS</i>	Taxikardiya	Kuchli taxikardiya	Kuchli taxikardiya
<i>AQB</i>	Normada yoki biroz ko'tarilgan	Sistolik arterial bosim 70 mm.sm. ustunigacha	Sistolik arterial bosim 70 mm.sm ustdan past
<i>Diurez</i>	pasaygan	oliguriya	anuriya
<i>DVS-sindrom</i>	I daraja giperkoagulyasiya	II daraja ko'p miqdordagi konyuktivaga qon quyilishlar, burundan va oshqozondan qon ketishlar	III daraj gipokoagulyasiya, ichki organlarga ko'p miqdorda qon quyilishlar, in'eksiya qilingan joylardan qon ketish, kofe quyqa qusish
<i>Kislota-asos xolati</i>	Metobalitik atsidoz yoki kompensirlangan respirator alkaloz	Supkompensirlangan metabolitik atsidoz	Dekompensirlangan aralash atsidoz

Meningokokkli meningit. Kasallik o'tkir 39-40°C gacha isitmalash, qaltirash bilan boshlanadi. Bosh og'rig'i, bezovtalik, uyqu buzilishi kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda bezovtalik adinamiya, xolsizlik bilan almashadi. Bemorlarda taktit sezuvchanlik oshib ketadi -giperesteziya, shu bilan birga giperakkuziya xam kuzatiladi. Bemorlar boshini orqaga tashlab, oyoqlarini qoringa tortib yotadi (15, 16-rasm).

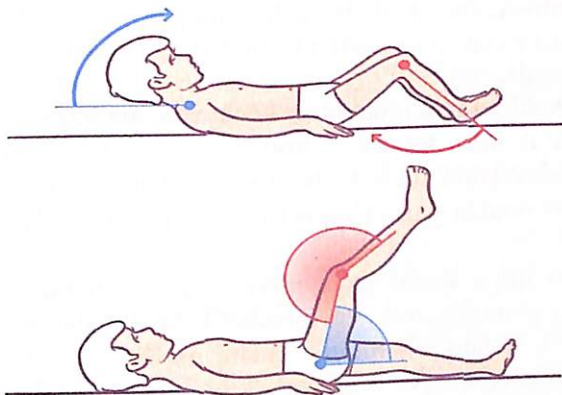


15-rasm. Meningial poza.



16-rasm. Meningial poza.

Ko'p bolalarda kasallik birinchi kunidanoq qusish bo'ladi. Yangi tug'ilganlarda va ko'krak yoshidagi bolalarda Lassaj simptomi («osilish») aniqlanadi, bunda bolani qo'ltig'idan ushlab ko'targanda tizza va toz son bo'g'imlaridan bukilish kuzatiladi va shu xolatda uzoq muddat turadi (sog'lom bolada oyoqlar erkin harakatlanadi). Erta yoshdagi bolalarda meningit asosiy belgilariga qusish bilan birga talvasalar xosdir. Talvasalar odatda kloniko-tonik bo'lib, 2-3 kun qaytalab turishi mumkin. Meningeal belgilar ko'pincha kasallik 2-3-kuni paydo bo'ladi. Bemorlarda Kernig, ensa mushaklari regidligi, Brudzinskiy simptomlari musbat bo'ladi. Kernig simptomi - (tizza va son bo'g'imlarida egilgan oyoq to'g'irlashning qiyinligi va og'irqli reaksiya) (17-rasm).



17-rasm. Yuqorisida Brudzinskiy yuqori simptomi. Pastki rasm, Kernig simptomi.

O'quv qo'llanma

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

O'choqli nevrologik belgilar paydo bo'lishi miya shishi rivojlanayotganidan darak beradi. Bunday hollarda ko'pincha qizil dermografizm, labda uchuq toshmasi, bolalarda esa taxikardiya, tez nafas olish (taxipnoe), ayrim hollarda ich ketishi kuzatiladi. Kuchli intoksikatsiya oqibatida jigar va taloq kattalashadi (gepatosplenomegaliya). Qon tahlilida leykotsitoz yoki ba'zan leykopeniya, eozinofiliya va ECHTning oshishi aniqlanadi. Peshobda esa albuminuriya, silindruriya va mikrogematuriya kuzatiladi.

Likvor o'zgarishlari: kasallikning boshida u tiniq bo'ladi, biroq birinchi sutka oxiriga kelib xiralashadi, sut rangiga yoki sarg'ish-ko'kimtir tusga kiradi, bosimi oshadi. Sitoz - asosan neytrofilli, 1 mkl da bir necha minggacha yetadi; oqsil miqdori oshadi, qand va xloridlar esa kamayadi.

Meningokokkli meningoensefalit ko'pincha erta yoshdagi bolalarda uchraydi. Kasallikning dastlabki kunlaridanoq ensefalitik belgilar paydo bo'ladi: bezovtalik, es-hushning buzilishi, talvasalar, III, V, VI va VIII juft nervlar faoliyati buzilishi. Ba'zida gemiparez, miyacha ataksiyasi, mushaklar tonusi pasayishi kuzatiladi. Bu tur og'ir kechib, ko'p hollarda o'lim bilan tugaydi.

Meningokokksemiya bilan birga kechuvchi meningit - aralash shakl hisoblanadi va u juda tez-tez uchraydi. Toshmalar odatda meningit belgilari paydo bo'lishidan bir necha soat yoki kun avval toshadi. Ammo aralash shakllar odatda yaxshi oqibatli kechadi - bemorlar nisbatan tez sog'ayadi.

Asoratlari miya shishi faqat miya zararlanishi bilan emas, balki neyrotoksikoz, gemodinamik va metabolik buzilishlar natijasida ham rivojlanadi. Bu holatda bemorda kuchli bosh og'rig'i, es-hushning buzilishi, bezovtalik, qusish, tonik yoki klonik-talvasalar kuzatiladi.

Ko'z qorachig'i avval torayadi, keyinchalik kengayadi; yorug'likka reaksiyasi sustlashadi, anizokoriya, ko'z g'ilayligi, vertikal nistagm aniqlanadi. Mushaklar tonusi ortadi, meningeal belgilar ijobiy bo'ladi.

Uzunchoq miya siqilganda puls kamayadi, aritmiya, Cheyn–Stoks tipidagi nafas olish, gipertermiya, yuz qizarishi, sianoz va ko‘p terlash kuzatiladi.

Kasallik chuqurlashgan sari gipoksiya va gipokapniya kuchayadi. Dastlab likvor bosimi yuqori, ammo yo‘llar tiqilib qolganidan so‘ng normallashadi yoki pasayadi. O‘lim, odatda, nafas to‘xtashi yoki o‘tkir yurak-qon tomir yetishmovchiligi oqibatida sodir bo‘ladi.

Serebral gipotenziya (serebral kollaps). Bu holat asosan kichik yoshdagi bolalarda uchraydi. Sababi - serebral gemodinamika va likvor aylanishining buzilishi, benzilpenitsillinning ortiqcha dozada yuborilishi, ko‘p qusish, ich ketishi, yoki ortiqcha suyuqlik yo‘qotilishi natijasidagi dehidratatsiyadir.

Klinik jihatdan bunday bemorlarda kuchli toksikoz, suvsizlanish, ko‘zlarning ichiga botishi, teri quruqligi, katta liqildoqning ichiga cho‘kishi, mushaklar tonusi pasayishi, meningeal belgilar sustlashishi aniqlanadi. Bemor ko‘pincha soporoz yoki komatoz holatda bo‘ladi, likvor bosimi pasaygan bo‘ladi.

Serebral kollaps natijasida subdural suyuqlik yig‘ilishi kuzatilishi mumkin. Bunda davolashning 2–3-kunida bemor ahvoli keskin og‘irlashadi, gipertermiya, talvasalar, gemiparez, katta liqildoqning pasayishi kuzatiladi, so‘ngra nafas va yurak faoliyati buzilishi natijasida o‘lim yuzaga kelishi mumkin.

Ependimatit. Miya qorinchalari ependimasining yallig‘lanishi - meningoкокк infeksiyasining og‘ir asoratlaridan biri bo‘lib, u ko‘pincha meningoensefalit belgilari bilan kechadi. Kasallikning klinik manzarasida uyquchanlik, soporoz yoki komatoz holat, mushak tonusining ortishi, opistotonus holati, talvasalar, giperesteziya (tashqi ta’sirlarga ortiqcha sezuvchanlik), oyoq-qo‘llarning titrashi va ko‘p marotaba qusish kabi belgilar kuzatiladi.

Katta liqildoq (bolalarda) ko‘pincha bo‘rtgan bo‘ladi. Ko‘z tubi tekshirilganda ko‘rish nervi surg‘ichlarining shishi aniqlanadi - bu intrakranial bosimning oshganligini ko‘rsatadi. Bemor odatda oyoqlarini tizzada chalishtirib cho‘zilgan, qo‘llari musht holatida yotadi - bu mushaklarning tonik spazmlari bilan bog‘liq.

Likvor tahlilida oqsil miqdori keskin ortadi, neytrofillar soni esa odatda me‘yorda bo‘ladi. Ammo miya qorinchalaridan olingan likvorda yiring aralashmasi topiladi, bu esa jarayonning og‘ir yiringli xarakterga ega ekanligidan dalolat beradi.

O'quv qo'llanma

Bundan tashqari, meningokokksemiya oqibatida ko'p hollarda infeksiyon-toksik shok va buyrak usti bezlarining o'tkir yetishmovchiligi kabi og'ir, hayot uchun xavfli asoratlar rivojlanadi.

Tashxisoti. Tipik xollarda qiyin emas.

Meningokokkli meningitning tayanch diagnostik belgilari:

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

Meningokoksemiyaning tayanch diagnostik belgilari:

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

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

Serologik usullarda RPGA, IEF, VIEF usullaridan foydalaniladi.

Qiyosiy tashxisoti.

Qizamiqda rinit, traxeit, konyuktivit kuzatiladi. Kataral davrining oxirida Belskiy-Filatov-Koplik dog'lari kuzatiladi. Toshma kasallikning 4-5 kunlari etap bilan toshadi. Toshma dog'li-papulyoz, etap bilan toshadi, o'zgarmagan teri fonida. Toshmadankeyin mayda qipiqanish kuzatiladi. Qonda limfatsitoz aniqlanadi.

Qizilko'y lakda tomoqda yaqqol chegaralangan qizarish (olovli tomoq), angina, terida mayda nuqtasimon toshmalar kasallikning birinchi kunidan toshadi. Bukuvchi sohalarda ko'proq toshadi, tabiiy burmalarda quyuqlashishi xos. Oq dermografizm malinali til, plastinkali qipiqanish, jgut va chimchilash simptomlari musbat bo'ladi.

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

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

Trombotsitopenik purpurada toshma turli o'lchamda, ko'p lat eydigan joylarda joylashadi, burun, milklardan qon ketishi mumkin.

Zaharlanish xos emas. Qonda trombositlar kam, qon ketish davri uzaygan bo'ladi.

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

3-jadval.

Meningitlarning asosiy likvorologik differensial diagnostik belgilari.

Belgilari	Norma	Meningizm	Serozli meningit	Tuberkulyozli meningit	Meningokokkli meningit
1	2	3	4	5	6
Rang va yaltiroqligi	Rangsiz shaffof	Rangsiz shaffof	Rangsiz shaffof yoki loyqalangan	Rangsiz shaffof yoki oqimtir	Rangsiz yoki yashil xira
Bosim (mm.suv.ust)	130-180	130-250	200-300	250-500	oshgan
Daqiqalik tomchilar soni	40-60	60-90	60-90	Oqim bilan keladi	Tez-tez tomchilay
Sitoz (1mkl dagi xujayralar soni)	2-8	2-12	2-800	200-700	1000-15000 va yuqori
Sitog-ramma Limfotsit, %	80-85	80-85	80-100	40-60	0-40
Pandi, Nonne-Apelta reaksiyalari	-	-	+(++)	+++ (++++)	+++ (++++)
Oqsil, g/l	0.25-0.33	0.16-0.45	0.16-1	1.0-3.3	0.6-16.0
Dissotsiatsiya	yo'q	yo'q	Xujayra-oqsil	Oqsil-xujayra	Xujayra-oqsil
Fibrinli parda	-	-	3-5%	30-40%	Qo'pol parda
SHakar, mmol/l	0.25-4.16	2,5-4.16	2,5-4.16	kamayadi	kamayadi
Bemorning lyumbal punktsiyaga reaksiyasi	Ko'p miqdorda olinganda boshi og'rishi, qayd qilishi mumkin	engil-lashadi	engil-lashadi	Sezilarli lekin qisqa muddatli yengillashish kuzatiladi	Qisqa muddatli yengil-lashish kuzatiladi

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

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

Bir yoshgacha bolalarda meningokokkli infeksiyani kechish xususiyatlari.

Erta yoshdagi bolalarda meningokokk infeksiyasi ko'pincha meningokokksemiya shaklida kechadi. Bu holatda meningeal belgilar kuchsiz ifodalangan bo'lib, ularning o'rniga talvasalar, isitma, qusish va katta liqildoqning bo'rtishi kuzatiladi. Bemor boshini orqaga tashlab yig'laydi, bu holat Lassaj belgisi deb ataladi. Ayniqsa chaqaloqlarda, ayniqsa muddatidan oldin tug'ilgan bolalarda isitma kuzatilmaligi mumkin. Ular odatda bezovta, mushaklarida titrash (tremor), talvasalar, ovqatdan bosh tortish, lanjlik (adenamiya) va uzluksiz yig'lash bilan namoyon bo'ladi. Ko'p hollarda ensefalit yoki gidrotsefaliya rivojlanadi.

Davosi. Meningokokk infeksiyasiga shubha qilingan barcha bemorlar darhol maxsus yuqumli kasalliklar shifoxonasiga yotqizilishi shart.

Antibiotikoterapiya. Kasallikning og'ir, tarqoq shakllarida asosiy davo vositasi - penitsillinoterapiya hisoblanadi.

- Sutkalik doza odatda 200–400 ming birlik/kg ni tashkil etadi (3 oygacha bo'lgan chaqaloqlarga 400–500 ming birlik/kg/sutka), dori har 4 soatda, kuniga 6 marta yuboriladi.

- Davolash muddati odatda 5–8 kun, biroq likvor tahliliga qarab uzaytiriladi: agar sitoz 1 mkl da 100 hujayra atrofida bo'lib, u limfotsitar xarakterga o'tsa - penitsillin to'xtatiladi; aksincha, neytrofillar ko'p bo'lsa, yana 2–3 kun davom ettiriladi.

- Kasallik cho'zilgan hollarda antibiotiklar 1,5–2 haftagacha qo'llanadi.

- Ikkinchi antibiotik faqat pnevmoniya, pielonefrit yoki boshqa yiringli asoratlar paydo bo'lganda qo'shiladi.

Infekcion-toksik shok rivojlangan hollarda levomitsetin suksinat natriyli tuzi 50–100 mg/kg/sut dozada buyuriladi. U ba'zida shokni

kuchaytirishi mumkinligi sababli, avval mushak orasiga yuborish tavsiya etiladi.

Bundan tashqari, ampitsillin va oksatsillin 200–300 mg/kg/sut dozada, meningoensefalitda esa 400–500 mg/kg/sut miqdorida beriladi. Katta yoshli bolalarda engil shakllarda sulfamonometoksin 40 mg/kg/sut 1-kuni, keyingi 7–10 kun davomida 20 mg/kg/sut dozada buyuriladi.

Intoksikatsiyaga qarshi davo: Organizmni detoksikatsiya qilish uchun gemodez, reopoliglyukin, 5–10% li glyukoza eritmasi, albumin kabi eritmalar yuboriladi. Sutkalik umumiy suyuqlik miqdori 30–50 ml/kg ni tashkil etadi va 2 qismga bo'lib yuboriladi. Shu bilan birga dehidratatsion davo - laziks, diakarb buyuriladi. Kuchli meningeal sindromlarda mannitol yoki mochevina 1 g/kg/sut dozada yuboriladi.

Mikrotsirkulyatsiyani yaxshilash uchun geparin (100–200 birlik/kg/sut), trental, kurantil (5–10 mg/kg/sut) vena ichiga yuboriladi. Og'ir holatlarda kontrikal, gordoks qo'llanadi. Shu bilan birga, yallig'lanishga qarshi yuqori dozada prednizolon yoki deksametazon buyuriladi.

Talvasalar paytida seduksen (0,15–0,3 mg/kg), GOMK (50–100 mg/kg vena ichiga), fenobarbital, aminazin, pipolfen qo'llanadi.

Agar bemorda infeksiyon-toksik shok belgilari aniqlansa, birinchi yordam joyida, kechiktirmasdan ko'rsatiladi:

- Prednizolon 2–3 mg/kg,
- Levomitsetin suksinat natriyli tuzi 25 mg/kg mushak orasiga,
- Seduksen 0,3 mg/kg,
- Laziks 1 mg/kg miqdorda yuboriladi.

Shifoxonada:

• I darajali shokda: prednizolon 10–15 mg/kg/sut, infuzion terapiya 50–70 ml/kg/sut.

• II–III darajali shokda: prednizolon 20–50 mg/kg/sut, dopamin vena ichiga 5–15 mg/kg/min tezlikda yuboriladi.

Atsidozga qarshi: natriy bikarbonat 3–5 mg/kg/sut miqdorda, ikki qismga bo'lib beriladi.

Bemor ahvoliga qarab yurak faoliyatini qo'llovchi, modda almashinuvini yaxshilovchi, nafasni rag'batlantiruvchi, harorat tushiruvchi (antipiretik) preparatlar ham buyuriladi.

Oldini olish. Meningokokkli infeksiyani oldini olishda bemor va tashuvchini erta aniqlash hamda ularni alohidalash muhim ahamiyatga

O'quv qo'llanma

ega. Kasallik holati aniqlangach, bu haqda DSENMga darhol xabar beriladi. Bemor bilan muloqotda bo'lgan shaxslar 10 kun davomida karantin ostida bo'lib, har kuni termometriya va tibbiy nazoratdan o'tkaziladi. Maktabgacha muassasalarda muloqotda bo'lgan bolalar 3-7 kun oralatib ikki marta bakteriologik tekshiruvdan o'tadilar. Tashuvchilik aniqlangan shaxslar alohidalanadi va sanatsiya qilinadi, sanatsiyadan 3 kun o'tgach ular qayta bakteriologik tekshiruvdan o'tkaziladi. Kasalxonada davolangan bemorlar davo kursi tugagach bakteriologik tekshiruvsiz chiqariladi. Meningokokkli infeksiyadan tuzalganlar muassasalarga sog'ayganidan 5 kun o'tgach, bir marta bakteriologik tekshiruvdan o'tkazilgandan so'ng ruxsat etiladi. Yakuniy dezinfeksiya o'tkazilmaydi.

Immunoprofilaktikasi. Muloqotda bo'lganlarga normal immunoglobulin 1 yoshgacha 1,5 ml, 2-7 yoshda 3 ml mushak orasiga bir marta yuboriladi. Bunda muloqotdan keyin 7 kundan oshmasligi kerak.

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

Dispanserizatsiya. Meningokokkli infeksiya tarqoq formasini boshidan kechirganlar poliklinika infeksiyonisti, nevropatologi va pediatri nazoratida 3 yil bo'ladi. Birinchi ko'rik 2 xaftada, keyingilari 3, 6 oy va 1 yilda o'tqaziladi.

SUVCHECHAK.

Suvchechak - virus etiologiyali o'tkir infeksiyon kasallik bo'lib, intoksikatsiya belgilari va vezikulyoz toshma toshishi bilan xarakterlanadi.

Tarixiy ma'lumotlar. Suvchechak kasalligi Italiyalik vrachlar V.Vidius va F.Ingrassia tamonidan XVI asrda yozilgan. XIX asr urtalarigacha chinchechak kasalligining klinik turi xisoblangan. 1868-1874 yillardagi chinchechak epidemiyasidan keyin aloxida kasallik ekanligi tan olingan. «Varicella» atamasi 1872 yilda kiritilgan. 1888 yilda Venger vrachi J.Bokay suvchechak va urab oluvchi uchuk epidemiologiyasida uxshashliklarni kursatib utgan. 1911 yilda H.Aragao

vezikulyar toshma ichidagi suyuklikda kasallik chakiruvchisini aniklagan.

Etiologiya. Suvchechak qo'zg'atuvchisi Herpesviridae oilasiga, Alfaherpesviridae sinfiga kiradi. Biologik xususiyatiga ko'ra, oddiy herpes virusiga yaqin hisoblanadi. Virusda ichki yadro bor, unda 2ta DNK iplari oqsilli qobiq bilan ikosaedral shaklda qoplangan. Bu nukleokapsid konvert qobiqqa o'ralgan, konvertlangan shakl diametri 150-200 nm, qobiqsiz virion-100 nm. Epiteliy hujayralarida yadro ichi kiritmalarini tashkil qiladi (18-rasm).



18-rasm. Suvchechak virusi.

Virus xususiyatlaridan biri yuqori o'tqazuvchanlik. Havo oqimi bilan 20 metrgacha tarqalishi mumkin. Tashqi muhitda chidamsiz, ultrabinafsha nurlar ta'sirida xalok bo'ladi, shuning uchun dezinfeksiya o'tqazilmaydi. +50-52^oS da 30 minutda xalok buladi. Past xaroratda, muzlatishga chidamli. Terining tikanaksimon qavati va shilliq qavatning epiteliysi virus uchun nishon hisoblanadi. Birlamchi infeksiyadan so'ng virus bir umr orqa miya gangliylari neyronlarida, yuz va uchlamchi nerv gangliylarda saqlanib qoladi. Boshqa herpes viruslar kabi immunodepressiv aktivlikka ega.

Epidemiologiya. Suvchechak bolalar orasida keng tarqalgan kasallik hisoblanadi. Kasallik manbai bo'lib, suvchechak va o'rab oluvchi herpes bilan kasallangan bemorlar hisoblanadi. YUqish yo'li havotomchi, kontakt, maishiy, vertikal. Suvchechak bilan kasallangan bemor toshma toshishidan 1 sutka oldin, toshma toshgan davri va undan 3-4 kun keyin yuqumli hisoblanadi. Virus tashqi muhitga teri va shilliq qavatdagi pufakchalar yorilishi natijasida chiqadi. Havo oqimi bilan katta masofalarga tarqaladi.

O'quv qo'llanma

Epidemik ko'tarilish kuz-kish mavsumida to'g'ri keladi. Kasallanish oshishi xar 4-6 yilda kuzatiladi. Kontagiozlik indeksi 0.9-1.0. Ko'pincha 5-9 yoshli bolalar kasallanadi. 2-3 oylik bolalar kam kasallanadi, chunki onadan antitela o'tgan bo'ladi. Kasallikdan keyin turgun immunitet koladi. Suvchechak bilan qayta kasallanish juda kam kuzatiladi (2-3%).

Patogenez. Kirish darvozasi yuqori nafas yo'llarining shilliq qavati hisoblanadi. Suvchechak qo'yidagi bosqichlarda rivojlanadi:

1. Virusning birlamchi replikatsiyasi. Virus kirish darvozasida tez ko'payadi va ko'p miqdorda to'planadi.

2. Virusemiya. Qon oqimi bilan butun organizmga tarqaladi va teri, shilliq qavati, nerv sistemasiga tushadi. Virusemiya to'liqsimon xarakterga ega, natijada qayta harorat ko'tarilishi va yangi toshma toshishi mumkin.

3. Seroz yallig'lanish rivojlanishi. Virus tikanaksimon qavatga tushgandan keyin kapilyarlar kengayadi, klinik ko'rinishi dog'ga o'xshaydi. Keyin seroz shish rivojlanadi, limfotsitar-makrofagal infiltratsiya rivojlanadi, papula hosil bo'ladi. Epidermis hujayralari bilan degeneratsiyaga uchraydi. Natijada hujayralar bir-biridan ajraladi, bo'shliq hosil bo'ladi. Keyin ekssudat qayta so'riladi, po'stloq hosil bo'ladi.

4. Yiringli yallig'lanish rivojlanishi. Virusning immunodepressiv aktivligi natijasida ikkilamchi mikroflora qo'shilishi natijasida bakterial asorat shakllanadi.

5. Immun javob rivojlanishi. Tug'ma rezistentlik, hujayraviy immunitet T-limfotsitlar ishtirokida, tabiiy killerlar va interferon muhim ahamiyatga ega. Xosil bo'lgan antitelalar esa vositali ahamiyatga ega. Natijada virus qon teri va shilliq qavatlardan yo'qoladi.

6. Persistensiya bir umr saqlanishi. Suvchechakda immunitet nostril hisoblanadi va organizmdan chiqmaydi. Virus orqa miya gangliyalarida, bosh miya nerv gangliylarida saqlanib qoladi.

Klassifikatsiya

V.F.Uchaykin va N.I.Niseevich klassifikatsiyasi qo'llaniladi.

1. Rivojlanish mexanizmi bo'yicha:

- Tug'ma
- Orttilirilgan

2. Shakli:

- Tipik

- Atipik:
- rudumentar
- gangrenoz
- gemorragik
- visseral

3.Og'irligiga ko'ra:

- Yengil
- O'rta og'ir
- Og'ir

4. Kechishi:

- Silliq (asoratsiz)
- Asorat bilan
- Mikst-infeksiya bilan

Klinik ko'rinishi

Yashirin davri 11-21 kun, o'rtacha 14 kun. Kasallik qisqa vaqtli subfebril harorat va umumiy ahvolining bir oz o'zgarishi bilan boshlanishi mumkin.

Ba'zi bemorlarda boshlang'ich davrida qizilko'ylaksimon yoki qizamiqsimon toshma toshishi mumkin. Lekin bu toshma ko'prok suvchechak elementlari toshishi avjida kuzatiladi. Odatda kasallik o'tkir $37,5^{\circ}\text{S}$ - $38,5^{\circ}\text{S}$ gacha isitmalash va suvchechak toshmasi toshishi bilan boshlanadi. Toshma toshish davri 2-5 kun davom etadi.

Toshma birlamchi ko'rinishi mayda dog' papula bo'lib, u bir necha soatdan keyin 0,2-0,5 sm li oval yoki aylanasimon vezikulaga aylanadi (19-rasm).



19-rasm.Suvchechak toshmalari.

Vezikula odatda yumaloq yoki oval shaklda bo'lib, yuzaki joylashadi va uning asosida kichik infiltrat aniqlanadi. Pufakchalar atrofida hoshiyasimon qizarish bo'ladi, usti tarang va ichidagi suyuqlik

O'quv qo'llanma

tiniq holatda bo'ladi. Odatda ular bir kamerali bo'lib, teshib qo'yilganda tezda puchayadi. Toshmalar kasallik boshlanganidan keyingi bir sutka ichida quriy boshlaydi, so'ngra bo'shshib jigarrang rangli qatqaloqqa aylanadi. Ushbu qatqaloqlar 1-3 hafta ichida tushib ketadi, ularning o'rnida esa 2-3 oy davomida saqlanib turuvchi pigmentli dog'lar qoladi, biroq chandiq hosil bo'lmaydi. Toshmalar asosan yuzda, boshning sochli qismida, badan va qo'l-oyoqlarda paydo bo'ladi, ammo kaft va tovonlarda uchramaydi. Ba'zan toshmalar og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida, kon'yunktivada, kam hollarda esa hiqildoq yoki jinsiy a'zolar shilliq qavatida paydo bo'lishi mumkin.

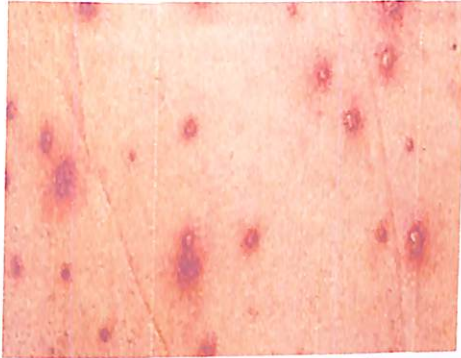


20-rasm. Tanglayda suvchechak toshmatalari.



21-rasm. Konyunktivada suvchechak toshmatalari.

Bu toshmalar mayin bo'lib tezda yuzaki eroziyalarga aylanadi. Bunda bir oz og'riq bo'lishi mumkin. Eroziyalar 3-4 kundan keyin bitadi. Suvchechakda toshmalar bir vaqtda emas balki turtkisimon toshadi. SHU sababli terida bir vaqtning o'zida toshmaning turli rivojlanishi bosqichida dog', papula, pufakcha, qatqaloqni ko'rish mumkin. Bu-soxta polimorfizm deb nomlanadi (22-rasm).



22-rasm. Suvchechakda toshmalar polimorfizmi.

Har bir yangi toshma paydo bo'lishi odatda tana haroratining ko'tarilishi bilan boshlanadi. Intoksikatsiya belgilari turlicha darajada ifodalanadi - toshmalar soni qancha ko'p bo'lsa, zaharlanish ham shuncha kuchli bo'ladi. Qon tahlilida sezilarli o'zgarishlar kuzatilmaydi, faqat ba'zida biroz leykopeniya va nisbiy limfotsitoz aniqlanishi mumkin. Tasnifiga ko'ra suvchechakning tipik va atipik shakllari farqlanadi. Tipik shakli o'z navbatida og'irlik darajasiga qarab engil, o'rtacha og'ir va og'ir turlarga bo'linadi. Kasallik asoratsiz yoki turli asoratlar bilan kechishi mumkin. Yengil shaklida tana harorati $37,5-38^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tarilib, zaharlanish belgilarining kuchi juda past bo'ladi, toshmalar siyrak joylashadi. O'rtacha og'ir shaklida harorat $39,5^{\circ}\text{C}$ gacha yetadi, umumiy ahvol biroz yomonlashadi, toshmalar ko'p bo'ladi va shilliq qavatlarda ham uchraydi. Og'ir shaklida esa harorat $39,5-40,5^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tarilib, toshmalar juda ko'p va yirik bo'ladi; bu holatda neyrotoksikoz, talvasalar hamda meningoensefalit belgilarining paydo bo'lishi mumkin.



23-rasm. Gemorragik suvchechak toshmalari.

O'quv qo'llanma

Atipik shakllariga rudimentar, gemorragik (23-rasm), gangrenoz, bullyoz(24-rasm) tarqoq (visseral) suvchechak kiradi.



24-rasm. Bullyoz suvchechak toshmalari.

Rudimentar shakli qoldiq immunitetga ega bo'lgan bemorlarda yoki yashirin davrida immunoglobulin plazma olganlarda uchraydi. Bu shaklda rozeolyoz yoki papulyoz toshmalar, to'liq rivojlanmagan pufakchalar paydo bo'ladi. Isitma va zaharlanish belgilari deyarli kuzatilmaydi. Tarqoq (visseral) shakli asosan chaqaloqlarda, shuningdek, og'ir surunkali kasalliklar o'tkazgan yoki immunodepressiv preparatlar qabul qilgan bolalarda uchraydi. Bu shaklda yuqori harorat, kuchli intoksikatsiya va ichki a'zolarining zararlanishi kuzatiladi. Kasallik og'ir kechadi va ko'pincha o'lim bilan yakunlanadi. Patologoanatomik tekshiruvda jigar, o'pka, oshqozon osti bezi, buyrak usti bezi, timus hamda taloqda mayda nekroz o'choqlari aniqlanadi. Gemorragik shakli zaiflashgan, gemoblastoz yoki gemorragik diatez bilan og'irgan, shuningdek, gormon yoki sitostatik dori vositalarini qabul qilgan bolalarda uchraydi. Kasallikning 2-3 kunida pufakchalar ichida qon to'planadi, teri va shilliq qavatlarida qon quyilishlar, burundan qon ketishi va qon qusish holatlari kuzatiladi. Neyrotoksikoz belgilari rivojlanadi va bu shakl ko'pincha o'lim bilan tugaydi. Gangrenoz shaklida gemorragik pufakchalar atrofida yallig'lanish jarayoni boshlanadi, so'ng qonli qatqaloqli nekroz hosil bo'ladi. Qatqaloqlar tushgach, o'rnida chuqur yaralar qoladi, ular kattalashib bir-biriga qo'shilib ketishi mumkin, jarayon uzoq davom etadi va septik shaklga o'tishi mumkin. Bullez shaklida intoksikatsiya belgilari kuchli bo'ladi, tipik mayda pufakchalar bilan bir qatorda yirik pufaklar ham paydo bo'ladi. Suvchechak odatda engil kechadi, tana harorati 3-5 kun ichida me'yorga qaytadi. Og'ir

holatlarda isitma va toshmalar 7–10 kun davom etadi, qatqaloqlar esa 7–14 kunda tushadi. Ularning oʻrnida engil pigmentatsiya yoki baʼzida yuzaki chandiqlar qolishi mumkin. Asoratlar virusning oʻz taʼsiri yoki ikkilamchi bakterial infeksiya qoʻshilishi natijasida rivojlanadi. Spetsifik asoratlarga suvchechak ensefaliti, meningoensefalit, traxeobronxit, kam hollarda mielit, nevrit, miokardit, keratit, Rey sindromi, artrit va laringit kiradi. Nospetsifik asoratlar esa flegmona, streptodermiya, absess, impetigo, sarmas, stomatit, pnevmoniya, limfadenit, konʼyunktivit, keratit, kam hollarda krup va zotiljamni oʻz ichiga oladi. Suvchechak ensefaliti odatda qatqaloqlar paydo boʻlish davrida rivojlanadi va kasallikning ogʻirligiga bogʻliq boʻlmaydi. Markaziy asab tizimi toshmalar avj olgan paytda zararlanishi mumkin. Bunda bemorda yuqori harorat, hushning buzilishi, talvasalar kuzatiladi, keyinchalik oʻchoqli nevrologik belgilar va qisqa muddatli gemiparez paydo boʻladi. Kasallikning 5–14 kunlarida, yaʼni rekonvalesensiya davrida oʻtkir serebellit rivojlanishi mumkin. Bunda harorat normallashtirishdan bir necha kun oʻtib, bosh ogʻrishi, qusish, umumiy holsizlik, isitmalash, tremor, nistagm, ataksiya va harakat koordinatsiyasining buzilishi kuzatiladi. Bola yurishda muvozanatini yoʻqotadi, gandaraklaydi, oʻtirish yoki yurish qiyinlashadi, nutqi sustlashadi va dezartrik tus oladi. Meningeal belgilar yoʻq yoki kuchsiz boʻladi, likvor tiniq boʻlib, unda limfotsitli sitoz kuzatiladi, oqsil va qand miqdori esa oʻzgarmaydi.

Chaqaloqlar va erta yoshdagi bolalarda kechishi. 3 oygacha bolalarda suvchechak kam uchraydi, chunki onasidan transplatsentlar immunitet oʻtadi. Onasi suvchechak bilan ogʻrimagan boʻlsa bola kasallanishi mumkin. Suvchechak bilan kasallangan 1-yoshgacha boʻlgan bolalar salmogʻi 25 % ni tashkil etadi. Bunday bolalarda 2-4 kun prodromal davr boʻlib, kasallik umumiy zaharlanish simptomlari bilan boshlanadi.

Toshma toshish davrida isitma yuqori boʻladi, zaharlanish belgilari ortadi, talvasalar, xushdan ketish kuzatiladi. Toshmalar koʻp boʻlib, gemorragik boʻlishi xam mumkin. Toshma toshish davri 7-9 kun davom etadi. Kasallik koʻpincha ogʻir oʻtib, yiringli oʻchoqlar (piodermiya, flegmona, absess, zotiljam va boshqalar) hosil qiluvchi ikkilamchi bakterial infeksiyalar bilan asoratlanadi. Visseral, gemorragik, va gangrenoz formalarda kechish mumkin.

Tugʻma suvchechak. Agar ayol homiladorlikning birinchi toʻrt oyida suvchechak bilan kasallansa, bola tugʻma suvchechak bilan

tug'ilishi mumkin. Bu holatda embriofetopatiya rivojlanish ehtimoli taxminan 2% ni, 3–6 oylik homiladorlik davrida esa 0,4% ni tashkil etadi. Bunday hollarda homilada psixomotor rivojlanishning orqada qolishi, distrofik holatlar va turli gipoplaziyalar kuzatiladi. Agar ayol homiladorlikning oxirgi oylarida kasallikka chalinadigan bo'lsa, odatda embriofetopatiya rivojlanmaydi, biroq bola tug'ilgach, tug'ma suvchechakning yashirin (latent) shakli kuzatilishi mumkin. Suvchechakning yashirin davri 11–23 kun bo'lganligi sababli, bola tug'ilgandan keyin 11 kun ichida kasallik belgilari paydo bo'lsa, bu tug'ma suvchechak deb baholanadi. Tug'ma suvchechakda yashirin davr qisqaroq bo'lib, 6–11 kun davom etadi. Kasallik odatda o'rtacha og'ir yoki og'ir kechadi, ayrim hollarda o'pka, yurak, buyrak, ichak va jigar zararlanishi bilan kechuvchi visseral shakli ham uchraydi. Shu bilan birga, engil yoki deyarli bilinmaydigan shakllar ham kuzatiladi. Kasallik og'irligi asosan onaning zararlanish vaqtiga bog'liq bo'ladi. Agar ayol tug'ish vaqtiga yaqin kasallansa, chaqaloqda suvchechak belgilarining 5–10-kunlarda paydo bo'lishi mumkin va bu holat ko'pincha og'ir kechib, o'lim bilan tugaydi. Agar esa ayol tug'ishdan 5–10 kun oldin kasallikka chalingan bo'lsa, bola tug'ilgan zahoti suvchechak belgilari bilan tug'iladi, biroq kasallik engilroq kechadi va o'lim holatlari deyarli uchramaydi. Buning sababi shundaki, ona tug'ishdan avval kasallikni boshidan kechirgan bo'lsa, tug'ruq vaqtiga kelib unda himoya antitanalar hosil bo'ladi va ular bola organizmiga o'tib, kasallikni yengil kechishiga yordam beradi. Aksincha, agar ona aynan tug'ish vaqtida kasallikka chalingan bo'lsa, uning organizmida hali antitanalar hosil bo'lmagan bo'ladi va natijada bola og'ir shaklda kasallanadi. Shu sababli suvchechak bilan og'rigan bemor bilan muloqotda bo'lgan, ilgari bu kasallikni boshidan kechirmagan homilador ayollarga profilaktika maqsadida 20 ml miqdorda immunoglobulin yuborish tavsiya etiladi.

Diagnostikasi. Tashxis kuyishda suvchechak eki urab oluvchi uchuk bilan kasallanganlar bilan mulkatda bulganligi, intoksikatsiya belgilari, xarakterli polimorf toshma toshganligi (dog, papula, vezikula, katkalok) etiborga olinadi. Daborator tekshiruvlardan virusologik metod, KBR katta axamiyatga ega.

Davolash. Kasallikning og'ir va asoratlangan formalari shifoxonaga yotqiziladi. Melsler ajratilgan xonalariga joylashtiriladi. Hamma bemorlarga 3–5 kunga yotoq rejimi buyuriladi. Og'ir formalarida yotoq rejim ko'proq buyuriladi. Asoratlar oldini olish maqsadida teri va shilliq

qavatlarni parvarish qilish kerak. Xar kun kiyim almashtirish, gigienik vanna qabul qilish kerak. Vezikulalarga 1% brilliant yashili bilan ishlov beriladi (25-rasm).

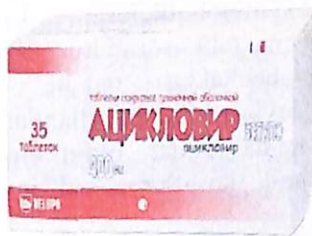


25-rasm. Toshmalarga brilliant yashili bilan ishlov berish.

Ovqat yegandan keyin og'izni furatsillin eritmasi, moychechak damlamasi, 2% gidrokarbonat natriy eritmasi bilan chayqash kerak. Ko'z furatsilin 1:50000 eritmasi bilan, yiringli ajralma bo'lganda 20-30% sulfatsil natriy bilan yuviladi.

Etiotrop davo. Bir necha guruh preparatlar qo'llaniladi.

1. Virotsid preparatlar - anomal nukleotsidlar (atsiklovir, valatsiklovir). Atsiklovir faqat toshma toshgandan 1-24 soatda foydali hisoblanadi. Engil va o'rta og'ir shaklda atsiklovir ichishga 7-10 kunga buyuriladi. Og'ir shaklida vena ichiga tomchilab 7-10 kun, keyin ichishga buyuriladi (26-rasm). 12 yoshdan katta bolalarda valatsiklovir (valtreks), 17 yoshdan kattalarga famsiklovir (famvir) qo'llaniladi.



26-rasm. Atsiklovir.

2. Interferon preparatlari. Rektal shamchalar yoki engil va o'rta og'ir shakllarida ichishga buyuriladi (viferon, kipferon, reoferon).

Viferon 1 shamchadan kuniga 2 marta 5-10 kun. 7 yoshdan kichik bolalarga viferon-1,7 yoshdan katta bolalarga viferon-2 buyuriladi. Og'ir va asoratlangan shakllarida mushak orasiga roferon A, intron A va boshqalar buyuriladi.

3. Interferon induktorlari. Engil va o'rta og'ir shaklida sikloferon, neovir, amiksil, anaferon, poludan buyuriladi.

4. Immunoglobulinlar. Og'ir va asoratlangan formalarida buyuriladi. Mushak orasiga vazikellon, vena ichiga varitekt, shuningdek immunovenin, intraglobin, pentaglobin buyuriladi.

5. Antibiotiklar. Pustullyoz, bullyoz gangrenoz shakllarida va bakterial asoratlanganda beriladi. Aminopenitsillinlar, zamonaviy makrolidlar, sefalosporinlar 3-4 tartibi, karbopenemlar qo'llaniladi.

6. Patogenetik terapiya. Dezintoksikatsiya maqsadida engil va o'rta og'ir shakllarida ko'p suyuqlik ichish, og'ir va asoratlangan shakllarida esa glyukoza, tuzli eritmalarini vena ichiga quyish buyuriladi. Immunomodulyatorlar - timalin, toktivin, timogen, imunofan, polioksidoni, likopid, derinad, nukleinat natriy, neypogen va boshqalar, metabolik terapiya (riboksin, kokarbaksilaza, sitoxrom S, elkar), mukolitiklar va balg'am ko'chiruvchi vositalar (ambroksol, bromgeksin, mukaltin), proteaza ingibitorlari (kontrikal, gordeks, trasilol), antiagregantlar (kavinton, pentoksifillin, sinnarizin, aktovegin), oksigenoterapiya, antigistamin preparatlar beriladi.

7. Simptomatik terapiya. Yurak glikozidlari va harorat tushiruvchi preparatlar (paratsetamol, sefekon D, ibuprofen).

Reabilitatsiya. Loydan keyin pediatr, nevrolog, pulmonolog, immunolog ko'rish kerak. Reabilitatsion terapiyaga polivitaminlar, vitamino-mineral kompleks, metabolik terapiya 1 oy davomida beriladi.

Dispanser nazoratga ensefalit asorati kuzatilganlar olinadi.

Profilaktika. Suvchechakka qarshi emlash, kalendarga kiritilmagan. Lekin JSST leykoz bilan kasallangan bemorlarni remissiya vaqtida, a'zolar transplantatsiyasidan oldin emlash tavsiya qilinadi. Rossiyada onkogemotologik kasallarga vaksinatstsya qilish maslahat beriladi.

Bunda «Okavaks» (Biken instituti, Yaponiya), «Varilriks» (Glokso Smit Klayayn), «Varivaks» (Merk, Sharp va Doum) vaksinatstsyalari qilinadi. Passiv spetsifik prfilaktika sifatida «Varitsella-Zoster-immunoglobulini» IDX bo'lgan muloqatdagilarga 125mg/10kg tana massasiga dastlabki 48 soatda qilinadi.

Nospetsifik profilaktikada bemor statsionarda malser boksiga izolyasiya qilinadi. Bemorni oxirgi toshma toshgandan keyin 5-kungacha izolyasiya qilish kerak. Dezinfeksiya qilinmaydi. Xonalar havosi tez-tez tozalanadi, artib chiqiladi. 3 yoshgacha bo'lgan bolalar muloqatda bo'lganda, muloqotning 11-21 kunlari alohidalanadi.

ODDIY GERPES INFEKSIYASI

Oddiy herpes infeksiyasi yuqumli antroponoz virusli kasallik bulib, polimorf klinik simptomlar, uzoq latent davriylik va qaytalanishlar bilan kechuvchi, shilliq qavat va terida pufakchali toshma toshishi va MNS, ko'z, ichki organlarning zararlanishi bilan kechadigan kasallik xisoblanadi.

Etiologiya. Oddiy herpes infeksiyasi chaqiruvchisi-oddiy herpes virusi (OGV), Netresviridae oilasiga mansub bo'lib, biologik xususiyati bo'yicha suvchekak virusiga yaqin turadi. O'zida ikki ipli DNK saqlovchi ichki yadro va atrofi oqsilli qobiq bilan o'ralgan. Bu nukleokapsid konvert shaklidagi qobiq bilan o'ralgan. Konvertlangan shakl diametri 120-160 nm. Yadro diametri 100 nm.

Virion xujayra ichida ko'payadi. O'zining antigenlik xususiyati va nukleotidlar tarkibiga ko'ra 2 guruxga bo'linadi: 1-OGV va 2-OGV. 1-OGV ko'p tarqalgan bo'lib, yuz terisi va og'iz shilliq qavvatini zararlaydi. 2-OGV genital herpesi, meningoensefalit, yangi tug'ilgan chaqaloqlar gerpetik infeksiyasini chaqiradi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai bo'lib kasal odam va virus tashuvchi xisoblanadi. Birlamchi infeksiyada kasallar o'rtacha 12 kun, retsidiv davrida 4-7 kun virus ajratadi. Yuqish yo'li muloqot, havotomchi, parenteral, jinsiy va vertikal. Bolalar ko'pincha oila a'zolari bilan muloqotda bo'lganda zararlanadi. Shuning uchun oilaviy «gerpetik anamnez» yig'ish zarur. OGV bilan ko'pincha 5 yoshgacha bo'lgan bolalar kasallanadi. Ular 1-OGV bilan, katta yoshdagilar 2-OGV bilan kasallanadi. 1 va 2- OGVga qarshi antigen 15 yoshgacha 75% va 11%, kattalarda 90% va 73% paydo bo'ladi. Kasallik mavsumiyligi kuz-kish oylari. Kasallik odatda sporadik xolda uchraydi.

Patogenezi. OGV patogenezi bir necha etaplardan iborat:

1. Qo'zg'atuvchining kirishi. Kirish darvozasi bo'lib teri va shilliq qavatlar xisoblanadi. Xujayraga tushgan virus tezlik bilan ko'paya boshlaydi. Xujayra membranasi destruksiyasi va metabolizmi o'zgarishi

O'quv qo'llanma

virionlarni ko'payishi natijasida xujayra xalok bo'ladi. Muloqot yo'li bilan tarqalib, virus qo'shni xujayralarni zararlaydi.

2. Virusemiya. Kirish darvozasi orqali virus regionar limfa tugunlariga, keyinchalik qonga tushadi. Qonda eritrotsitlar, limfotsitlar, trombotsitlar bilan sirkulyasiya qiladi. Virus limfogen va perinevral yo'llar bilan bosh miya va orqa miyaga tushadi. Viruslar paravertebral nerv gangliylarida fiksatsiya bo'ladi. Virusning qon orqali tarqalishi natijasida jigar, taloq, buyrak usti bezi, o'pka, buyrak va boshqa organlar zararlanadi.

3. Seroz yallig'lanish xosil bo'lishi. Virus kirgan joyda yallig'lanish chaqirib, gigant xujayralar xosil qiladi. Xujayralar ballon distrofiyasini yuzaga keltiradi. Xosil bo'lgan ko'p miqdordagi seroz eksudat xujayralarni ajratib, teri va shilliq qavatlarida vezikulalar, ichki organlarda kistalarning xosil bo'lishiga sabab bo'ladi. Seroz yallig'lanish bilan birgalikda ichki organlarda ayniqsa MNSda nekroz va vaskulit o'choqlari paydo bo'ladi.

4. Asoratlarning kelib chiqishi. OGV immunodepresiv xolatni keltirib chiqaradi. Bu T-limfotsitlar, makrofaglar, antiteloga bogliq sitotoksik reaksiyaning buzilishi, interferon va kompliment aktivligining susayishiga olib keladi. Natijada mikst infeksiyalar kelib chiqadi. Bular OGV dan tashqari bakteriyalar, xlamidiylar, mikoplazmalar, viruslar, zamburuglar bo'lishi mumkin.

5. Maxsus immunitet xosil bo'lishi. OGVga qarshi ximoya antitelolari va sitotoksik T-limfotsitlar xosil bo'lib, viruslarni inaktiviraydi. OGI da nosteril immunitet qolib, qo'zg'atuvchilari to'liq eliminatsiyaga uchramaydi. Bu virusning kuchsiz immunogenligi, immunodepressiv xususiyatlari, L-shakliga o'tishi va nerv gangliylarida persistirlanib yurishi kabi xususiyatlariga bogliq. OGI opportunistik infeksiyalar turkimiga kirib, immunodepressiv xolatlarda klinik namoyon bo'ladi. Immun sistemaning xolatiga qarab, kasallik tashuvchanlikdan tarqoq shakligacha kuzatilib, o'lim bilan tugashi mumkin. Ko'pincha OGI bilan birlamchi zararlanish simptomlarsiz (80-90%) va ba'zi kasallarda kasallikning manifest shakllari (10-20%) uchraydi. Virus paravertebral nerv gangliylarida butun umr saklanadi. Kasallikga moyillik bo'lganda qayta qonga tushib kasallik chaqiradi.

Klassifikatsiyasi. N.I. Nisevich va V.F. Uchaykin tamonidan 1990 yilda taklif etilgan tasnif ishlatiladi (4-jadval).

Bolalarda oddiy herpes infeksiyasining tasnifi

Tarqalishiga ko'ra	Shakliga ko'ra	Og'irli-giga ko'ra	Kechishiga ko'ra	Asoratlariga ko'ra
Maxalliy. Tarqalgan. Generaliza-siyalashgan.	A. Tipik: -shilliq qavatlaming gerpetik zararlanishi; -O'RK; -genital herpesi; -oftalmogerpes; - ensefalit, meningoensefalit; - visseral shakli; -YATCH lar generali-zatsiyalashgan herpesi. B. Atipik: -bilinar bilinmas; -subklinik; -yashin tezligida o'tuvchi; -abortiv	Yengil. O'rta og'ir. Og'ir	O'tkir. Cho'ziluvchan. Retsidivlashgan. Silliq. Silliq bo'lmagan	Pnevmoniya, OGM, DVS sindrom, mikstinfeksiya va bosh.

Tashxis qo'yishdan namuna:

1. Oddiy herpes infeksiyasi, maxalliy (teri-shillik kavat), tipik yengil shakli, retsidivlanuvchi, silliq kechishi.

2. Oddiy herpes infeksiyasi, generalizatsiyalashgan (meningoensefalit), tipik shakli, og'ir kechishi, o'tkir, nosilliq kechishi.

Asoratlari: bosh miya shishi I -II daraja, chap tamonlama polisegmentar pnevmoniya, NYE II darajasi.

Klinikasi.

Teri va shilliq qavat shakli. Inkubatsion davri 2-12 kun. Asosiy klinik belgilari: teri va shilliq qavatlar qizargan, shishgan yuzasida mayda taranglashgan bir gurux pufakchalar paydo bo'ladi. Toshma asosan tabiiy teshiklar - lab va og'iz terisida (herpes labialis) (27-rasm), burun qanoti, qavoqlar, quloq suprasi, kam xollarda peshona, dumba sonning ichki va orqa yuzasida, yelka soxalarida, barmoqlarda uchraydi.

O'quv qo'llanma



27-rasm. Lab uchug'i



28-rasm. Tarqoq gerpes

Ogiz shilliq qavati, bodomcha bezlari, xiqildoq, kon'yunktiva xam zararlanishi mumkin. Terining achishi, umumiy darmonsizlik kuzatiladi. O'choqlar 7-9 kunda yo'qoladi.

Oddiy gerpesning birlamchi va retsidivlangan turlari uchraydi. Birlamchi oddiy gerpes birlamchi zararlanishdan so'ng kuzatiladi va asosan bolalarda uchraydi. Yqqqol klinik ko'rinish bilan xarakterlanadi. Gematogen dessiminatsiya orqali virus ichki a'zolariga tarqalishi mumkin. Ko'p uchraydigan klinik shakllaridan biri o'tkir stomatit. Klinik sog'ayishdan so'ng organizmdan virus eliminatsiyasi kuzatilmaydi. Virus organizmda persistirlanib, butun xayot davomida to'qimalarda saqlanib qoladi. Noqulay omillar ta'sirida, immunodefitsit xolatlarida virus faollashadi, natijada kasallik qaytalanib, klinik simptomlar yuzaga keladi. Oddiy gerpes yil davomida bir necha bor qaytalab turadi. Bunda toshmalar birlamchi zararlangan joylarda va yangi soxalarda xam kuzatiladi.

Bundan tashqari atipik: shishli, gemorragik, zostersimon, shakllari xam uchrab turadi.

Kaposhi gerpetik ekzemi. Birinchi marta 1887 yil Vengriyalik vrach M.K. Kaposhi tamonidan yoritilgan. Ekzema, dermatoz, neyrotermit bilan og'rib yurgan bolalarda uchraydi. Inkubatsion davri davomiyligi 3-5 kun. Kasallik o'tkir boshlanadi, t 39-40 dan xam oshib, umumiy infeksiyon simptomlar infeksiyon toksikoz ko'rinishida namoyon bo'ladi. Kasallikning 1-3 kunlari ko'p miqdorda vezikulyar toshma teri satxi bo'ylab toshadi. Toshmalar 2-3 hafta saqlanadi. Ba'zida toshmalar qo'shilib, yoriladi va pustloq xosil qiladi. Pustloq tushgach pushti rang dog' yoki chandiqli o'zgarish saqlanib qoladi Kasallikning kechishi uzoq vaqt davom etishi mumkin. Tana temperaturasining normallashuvi va umumiy axvolining yaxshilanishi 7-10 kunlarga to'g'ri keladi. Organizmi zaif bo'lgan bolalarda patologik jarayon nafaqat teri vo shiliq qavat zararlanishi, balki MNS, ichki a'zolar, ko'ruv a'zolari xam zararlanib kasallikning hyomon oqibatlarini yuzaga keltiradi.

Gerpetik gingivostomatit. Asosan 6 oydan-3 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida OGV bilan birlamchi zararlanishda kuzatiladi. Gingivostomatitning yuzaga chiqishiga onalik antigenining yo'qolishi, maxalliy immunitetning etishmovchiligi, tish chiqishi sabab bo'lishi mumkin. Klinikasida tana xaroratining ko'tarilishi, umumiy intoksikatsiya simptomlari, bezovtalik, so'lak oqishi, regionar limfadenit kuzatiladi. Og'iz shillif qavvati va milklarda yupqa devorli pufakchalar xosil bo'lib, tezda yoriladi va og'riqli yaralar xosil bo'ladi. YAralar yuzasi sarg'iz karash bilan qoplanadi. Og'iz bo'shligidagi o'zgarishlar 1-5 kun davom etadi.

OGV chaqiruvchi -o'tkir respirator virusli infeksiya. YUqori nafas yo'llarining zararlanishi yosh bolalarda birlamchi OGI klinik turlarining bir shaklidir. Kasallik o'tkir boshlanadi. Tana xarorati ko'tarilib, intoksikatsiya simptomlari paydo bo'ladi. Klinik ko'rinishi rinofaringit, faringotonzillit, laringotraxeobronxit va obstruktiv bronxit ko'rinishida kechadi. YUqori nafas yo'llarining shilliq qavatlarida vezikulyar toshmalar xosil bo'lib, keyinchalik eroziyaga aylanadi. Kasallik og'ir uzok davom etadi, mikst - infeksiyalar qo'shilishi bilan xarakterlanadi. OGV bronxial astma kelib chiqishigi turtki bo'lishi mumkin.

Oftalmogerpes. Dastlab kasallik kon'yunktivit yoki keratokon'yunktivit ko'rinishida namoyon bo'ladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda katarakta, uveit, xorioretinit rivojlanishi mumkin. Shox parda yuzaki shikastlanganda, daraxtsimon yaralar, chuqur zararlanganda

disksimon keratit rivojlanadi. Disksimon keratitlar og'ir kechib, shox pardaning xiralashuvi va ko'rish o'tkirligining pasayishiga sabab bo'ladi. Kasallik o'tkir boshlanib konyunktivaning yalliglanishi, kavok terisida gerpetik pufakchalarning paydo bulishi kuzatiladi. SHox pardaning patologik jaraenga kushilishi yuzaki eroziyaga, kuz eshlanishiga, eruglikdan kurkishga, skleritga va ogrikga olib keladi. Klinik tashxis kuyish kuz, ogiz va shillik kavatlar birgalikda zararlanganda osonlashadi.

Genital herpes. Genital herpes (hegres genitalis) klinik simptomlarining xilma-xiligi, kaytalanib turishi bilan xarakterlanadi. Kupincha jinsiy yul bilan yukishi odatda 2-OGV ta'sirida, 5-10% kasallarda 1-OGV ta'sirida yuzaga keladi. Birlamchi zararlanganda umumiy darmonsizlik, tana xaroratining kutarilishi, regionar limfa tugunlarning kattalashuvi, zararlangan soxada ogrik kuzatilib, kiz bolalarda kin va dagliz soxasida vezikulez va eraziv yarali toshmalar aniklanadi. Jinsiy a'zolar shishi kuzatiladi. Keyinchalik xarorat pasayib, toshmalar kuriydi, pustlok tushib pigmentli dog koladi. O'g'il bolalarda gerpetik pufakchalar jinsiy olat boshchasida, ba'zida tanasida uchraydi.

Gerpetik ensefalit. Birlamchi ensefalit 30% bemorlarda, ikkilamchi 70% bemorlarda uchrashi mumkin. Gerpetik ensefalitda bosh miya pustlok kismining peshona-chakka-tepa kismlarida nekrotik uzgarishlar kuzatilib, kasallikning ogir utishi va koldik asoratlar kolishi bilan xarakterlanadi. Kup bemorlar anamnezida yakin karindoshlarida OGI kaytalanishi kuzatilganligi kayd kilinadi. Kasallik kupincha bosh miya jaroxatlari, ogir yukumli va somatik kasalliklardan keyin kelib chikishi mumkin. Gerpetik toshmalar 20% bemorlarda uchraydi. Gerpetik ensefalitning klinik 3 davri ajratiladi.

Erta davri bir necha soatdan 7 kungacha davom etadi. Kupgina bemorlarda ensefalit utkir boshlanadi. Tana xarorati kutariladi, bosh ogriqi, kusish, giperesteziya kuzatiladi. 2-3 kunlari axvoli keskin ogirlashadi, umummiya simptomlari ustunlik kilib, uchokli belgilar yuzaga keladi. Es xushining buzilishi kuzatiladi, vakt va joy arentatsiyasi buzilishi kuzatiladi, agressivlik va psixomotor kuzgalish kuzatiladi. Lokal apraksiya kuzatiladi. O'choqli simptomlar mono va gemiparez, paresteziya, oyoq-qo'llarda kuzatiladi

Avj olish davrida xush buzilishining chuqurlashishi, talvasa simptomining kuchayishi, epileptik status kuzatiladi. Bu davrda bemorlar

uchun gerpetik ensefalitning klassik triadasi xos; isitma, es-xushining turg'un buzilishi va talvasa (talvasali-komatoz sindrom).

O'choqli nevrologik simptomatika kuchayadi. Meningial simptomlar ko'pchilik bolalarda kasallikning 3-5 kunlari kuzatilib, kuchsiz namoyon bo'ladi. Orqa miya suyuqligi tekshirilganda limfotsitar poleotsitoz 300-800 xuj/mkl va oqsil miqdorining oshishi 1,5-2g/l gacha aniqlanadi. Avj olish davri 1-3 hafta davom etadi.

Qayta rivojlanish davri- 3-4 haftadan so'ng boshlanib, 3-6 oy va undan xam ko'proq cho'ziladi. 40-80% bolalarda aqliy zaiflik, epeliptik sindrom, gidrotsefaliya, vegetativ xolat kabi ogir asoratlar kuzatiladi. Gerpetik ensefalit ba'zan retsidivlanuvchi va surunkali kechadi.

Nerv sistemasining OGI da zararlanishi seroz meningit, mielopatiya, ensefalomieloradikulonevropatiya ko'rinishida kechishi mumkin.

Visseral shakli. OGV jigar, o'pka, buyrak, qizilungachni zararlashi mumkin. Ichki organlar patologiyasi ko'pincha chaqaloklarda kasallikning tarqoq shakllarida uchraydi. Gerpetik gepatit o'tkir boshlanib, intoksikatsiya simptomlarining kuchliligi bilan xarakterlanadi. Sariqlikgacha bo'lgan davr qisqa, stomatit belgilari bilan boshlanadi. Tezda gepatosplenomegaliya, siydikning qizarishi, sariqlik, axlatning oqarishi kabi simptomlar paydo bo'ladi. Laborator tekshiruvlarda bilirubinning to'g'ri fraksiyasi, transaminaza miqdorining oshishi kuzatiladi. Kasallik og'ir kechishi, ko'pincha fulminant shakllarining uchrashi, DVS sindrom va o'lim xolatining ko'p uchrashi bilan xarakterlanadi.

Homila ichi OGI - 15 ming chaqaloqqa 1/2,5 nisbatda uchraydi. Antinatal davrda 5%, intranatal davrda 95% bolalar zararlanadi. Birlamchi genital herpes xomiladorlik davrining 32- xaftasida 10% bolani, tug'riq oldidan 40-60% bolani zararlaydi. Genital herpesning qaytalanishida bu zararlanish 8% tashkil kiladi. OGI symptomsiz kechishida xam bola onasidan zararlanishi mumkin. Antenatal zararlanganda bolalar kasallik klinik belgilari bilan tug'iladi. Intranatal zararlanishda kasallik simptomlari postnatal davrda paydo bo'ladi.

Tug'ma OGI klinikasi zararlanish vaktiga bog'lik. Xomiladorlikning birinchi 2 xaftalarida zararlanganda xomila tushishi eki blastopatiyalar kuzatiladi. Gestatsiya muddatining 2-xaftasidan 3 oygacha zaralanish kuzatilsa, xomila tushishi yoki a'zolarida nuqsonli xolatlar xujayra miqyosida kuzatiladi. 3-6 oyda zararlanish kuzatilganda yallig'lanishning tarqalgan reaksiyasi kuzatiladi, oqibatda MNS, oshqozon, ichak tizimi,

jigar, ko'ruv a'zolari, o'pka va suyakda yalg'on nuqsonli fibroz o'zgarishlar shakllanadi. 6-9 oyda zararlanish kuzatilsa OGI ning tarqoq shakllari kuzatilib, o'lim bilan tugaydi. Intranatal zararlanishda inkubatsion davri 3-14 kunni tashkil etadi. Neonatal OGI ning 3 klinik shakli ajratiladi - lokal, tarqoq, meningoensefalit. Lokal shakli 20-40 % bolalarda uchrab, teri, ogiz shillik kavatlari, ko'zda yallig'lanish reaksiyasi chaqiradi. Spetsifik davo o'tkazilmaganda 50 -70% bemorlarda OGI tarqoq shakliga o'tadi.

20 -50% yangi tug'ilgan chaqaloqlarda OGI tarqoq shaklida o'tadi. Kasallik simptomatikasi 5-10 kunlari kuzatilib, sepsis klinikasiga o'xshash. Bolaning axvoli asta sekinlik bilan og'irlashadi. Bola tana xarorati ko'tariladi yoki pasayadi, emishi susayadi, ovqatdan bosh tortadi, qusadi, xansirash, apnoe, teri qoplamalarining oqarishi, bezovtalik yoki befarqlik kuzatiladi. Ko'p bolalarda gerpetik toshmalar kuzatiladi, lekin 20% bemorlarda toshmalar bo'lmasligi mumkin. Bemor xolatining ogirlashuvi jigar, bosh miya, buyrak usti bezi, o'pka, buyraklar zararlanishiga bogliq.

30% bemorlarda ensefalit va meningoensefalit rivojlanadi. Katta yoshdagi bolalardan farqli o'laroq, chaqaloqlarda gerpetik ensefalit bosh miya to'qimasining diffuz zararlanishi bilan xarakterlanadi. Peshona, tepa, chakka soxalarda nekrozli zararlanish kuzatiladi. Klinik simptomatika 2-3 haftalikda boshlanadi. Kasallik tana xaroratining kutarilishi, kamkuvvatlik, bezovtalik, ishtaxa pastligi, tremor bilan boshlanadi. Yarim bemorlarda gerpetik toshmalar buladi. Keyinchalik axvoli keskin ogirlashib, xushi uzgaradi, lokal va tarkok talvasalar kuzatiladi. Ensefalitda ulim 50% tashkil etadi. Tirik kolgan bolalarning yarmida koldik asoratlar - psixomotor buzilishlar, mikrotsefaliya, parez va paralichlar kuzatiladi.

Diagnostikasi

OIG tashxisi kasallikning asosiy klinik belgilari va laborator tekshiruvlari asosida qo'yiladi.

1. Virusologik metod OGVni so'lakdan, vezikula suyuqligidan, orqa miya suyuqligi, qondan surtma olish yo'li bilan ajratishga qaratilgan. Bu metod javobi 2-3 haftada tayyor bo'ladi shu sababli ko'p ishlatilmaydi.

2. Serologik metod. Immunoferment analiz (IFA) kasallikning xar xil davrlarida kapsid antigenga IgM (VCA - IgM), yadroga mansub antigenga IgG (EBNA - IgG), erta antigenga IgG (EA - IgG) xosil bo'lishini aniqlaydi. Immunoglobulinlar kasallikning xar xil davrlarida

paydo buo'ladi. Bu kasallikning klinik davrlarini aniqlashga yordam beradi.

3. Immunofluoressensiya metodi OGVni vezikula suyuqligi, teri va shilliq qavatlar qirmasidan ajratishga asoslangan

4. Polimeraza zanjir reaksiyasi so'lak, qon, orqa miya suyukligi, tomoq-xalqum surtmasida virus DNK sini aniqlashga asoslangan. Qon va orqa miya suyuqligida OGV DNK sining aniqlanishi infeksiyon protsessning aktivligini bildiradi.

5. Sitologik metod surtmalarda gigant xujayralar va qo'shilmalarini (Lipshyuts tanachalari) aniqlashga asoslangan.

Davolash

OGI ni davolash kompleks va kasallik davrlariga karab olib boriladi. Davolash etaplari: utkir davrida, rekonvalessensiya davri va retsidivlar profilaktikasi

Kasallik og'ir yoki asoratlar bilan kechganda, erta yoshdagi xolsizlangan, qarshiligi pasaygan bolalar shifoxonaga yotqiziladi. Kasallikning o'tkir davrida, og'ir xollarda yotoq rejimi buyuriladi. O'tkir davrida mexanik, termik, ximik ximoyalovchi, gipoallergen ovqat maxsulotlari buyuriladi. Yog'liq, o'tkir maxsulotlar cheklanadi.

Etiotrop davo bir necha gurux preparatlarni kasallikning klinik shakllariga qarab buyurishni taqoza qiladi.

1. Virotsid preparatlar. Izoprinozin DNK va RNK saqlovchi viruslar replikasiyasini to'xtatadi va immunomodulyator xususiyatiga ega. Kasallikning yengil va o'rta og'ir formalarida, OGI ning lokal shaklida atsiklovir 7-10 kun ichishga, retsidivlangan shaklida 5 kunga buyuriladi. Atsiklovir 3- 6 yoshga -400 mgdan 4 maxal, 6 yoshdan kattalarga -800 mg dan 4 maxal, o'smirlarga va katta yoshdagilarga -800 mgdan 4 maxal 7-10 kun ichishga buyuriladi. Og'ir va asoratlangan formalarida atsiklovir v/i chaqaloklarga -10mg/kg, 3 oylikdan 12 yoshgacha -250 -500mg, 12 yoshdan katta bolalarga- 5- 10mg/kg kuniga 3 maxal 5 -10 kun buyuriladi, keyinchalik ichishga o'tkaziladi. Teri-shillik kavat shaklida, oftalmogerpesda atsiklovir maxalliy kullaniladi. Valatsiklovir, arbidol, famsiklovir, inozin xam OGI qo'llaniladi.

2. Interferonlar. OGI lokal shakllarida viferon, kipferon, reoferon-ES-lipint ishlatiladi. 7 yoshdan kichik bolalarga viferon-1, 7 yoshdan kattalarga viferon-2 ishlatiladi. Viferon 1 shamchadan kuniga 2 maxal, 5-10 kun buyuriladi. Retsidivlanuvchi shakllarida 1 shamchadan kuniga 2 maxal 10 kun buyuriladi. Keyinchalik 1 shamchadan 2 maxal haftada 3 maxal 10 kun buyuriladi.

kun 2xafta davomida, 1 shamchadan 2 maxal xaftada 2 kun, 1 shamchadan kechga 1 maxal xaftada 1 kun, 2 xafta davomida. Viferon malxami zararlangan teri yuzasiga surtiladi. Tarqoq shakllarida va ensefalitda m/o interferonlar (alfa-interferon, reoferon, realdiron, roferon, intron) 10-14 kun buyurilib, keyinchalik ushlab turuvchi terapiyada viferonga o'tkaziladi.

3. Interferon induktorlari (neovir, sikloferon, amiksin, anaferon) yengil va o'rta og'ir formalarida virotsid va interferon preparatlari kurs davosidan keyin boshlang'ich terapiya sifatida ishlatiladi.

4. Vena ichiga buyuriladigan immunoglobulinlar (immunovenin, pentaglobin, intraglobin, oktagam, sandoglobulin va boshqalar) og'ir, tarqoq va asoratlangan formalarida buyuriladi.

5. Antibiotiklar bakterial asoratlar mikst infeksiya kuzatilganda buyuriladi. Sefalosporinlar (sefazolin, sefalekssin, sefatoksim, seftriakson, sefiksimsim) va zamonaviy makrolidlar (azitromitsin, roksitromitsin, spiroimitsin, kloritromitsin, djozamsin) tanlov preparatlari xisoblanadi.

Patogenetik davo kompleks chora tadbirlarni o'z ichiga oladi. Yengil va o'rta og'ir shakllarida dezintoksikatsiya maqsadida suyuqliklar ichish, ogir va asoralangan shakllarida glyukoza - tuzli eritmalar v/i buyuriladi. Toksinlarning konda mikdorini kamaytirish uchun enterosorbenlar (smekta, filtrum, enterogel) buyuriladi. Ogir, asoratlangan, tarkok shakllarida gemosorbsiya, plazmafarez ishlatiladi. Patogenetik davoning asosiy komponenti immunomodulyatorlar (timalin, T-aktivin, timogen, imunofan, polioksidoniy, likopid, derinad, nukleinat natriy, IRS -19, ribomunil, bronxomunal, immunomaks) va sitokin preparatlar (leykinferon, ronkoleykin) immunogrammani tekshiruv asosida buyuriladi. Glyukokortikoidlar fakat og'ir va asoratlangan formalarida (gerpetik ensefalitda) 2-3 mg/kg dan kiska kurs bilan buyuriladi. Shunigdek vitaminlar, probiotiklar (bifiform, lineks, bifidum -bakterin - forte), kursatma asosida antigistamin preparatlari, ingibitor proteazalari (kontrikal, trasilol, gordoks), vazoaktiv preparatlar (kavinton, aktovegin, sinnarizin, pentoksifillin), gepatoprotektorlar, oksigenoterapiya ko'rsatmalar asosida buyuriladi.

Simptomatik terapiyada lozim bo'lsa yurak glikozidlari, xaroratni tushiruvchi preparatlar buyurish mumkin. Og'riq sindromida spazmolitiklar, stomatitda anilin bo'yoqlarining 1% suvli eritmali, maxalliy antiseptiklar (miromistin, geksoral, bioparoks, strepsils), eroziyalarda namatak, oblepixa yog'i, vitamin A ning yog'li eritmasi

surtiladi. Po'stloqlar tushganda keratoplastik pastallar (Lessar pastasi, 2-3% naftalan pastasi) buyuriladi.

Reabilitatsiya. Dispanserizatsiya uchastka vrachi va infeksiyalar tomonidan OGI ning retsidivlanuvchi shakllarida 3- 6 oy davomida 1 marta ko'rikdan o'tkaziladi. Umumiy qon taxlil IFA, PZR usullari bilan OGI markerlari, immunogramma buyuriladi. Okulist, nevropatolog, immunolog ko'rigidan o'tkaziladi. Vitaminlarga va mikroelementlarga boy oziq - ovqat maxsulotlari istemol qilish, o'z vaqtida dam olish psixoemotsional stress, isib ketish, sovuqotish oldini olish reabilitatsion terapiyaning asosini tashkil qiladi.

Profilaktikasi.

Spetsifik profilaktika ishlab chiqilmagan. Infeksiya o'chog'ida maxsus chora-tadbirlar o'tkazilmaydi, karantin e'lon qilinmaydi. Bemorlar boks bo'limlariga yotqiziladi. Virusning havo - tomchi yo'li bilan yuqishini cheklash uchun bemor toshma toshgan davrda izolyatsiya qilinadi. Vertikal yo'l bilan yuqishini kamaytirish uchun fertil yoshidagi xamma ayollar va xomiladorlar tekshiriladi. Jinsiy yo'l bilan yuqmasligi uchun prezervativlar ishlatiladi va jinsiy partnyorlar tekshirilib, davolanadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar OGI bilan muloqotda bo'lganda 0,2 ml/kg immunoglobulin qilinadi.

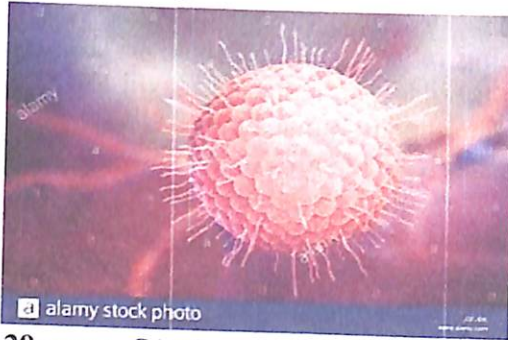
O'RAB OLUVCHI UCHUQ

O'rab oluvchi uchuq - sezuvchi nerv tolalari bo'ylab og'riq va toshmalar paydo bo'lishi, zaxarlanish belgilari bilan xarakterlanadigan yuqumli kasallik.

Etiologiyasi. Chaqiruvchisi-3-tipdagi herpes virusi (virus varitsella zoster - VVZ) (29-rasm). O'rab oluvchi uchuq yuqumli kasallik ekanligini I. Vokau 1888 yilda aniqlagan. Suvchechak va o'rab oluvchi herpes virusi bir ekanligi 1958 yilda. T. Welleg, N. Witton tamonlaridan aniqlangan.

Epidemiologiyasi. O'rab oluvchi uchuq keng tarqalgan virusli infeksiyalarga kiradi. Xar yili o'rab oluvchi uchuq bilan 0,2-2% odamlar kasallanadi. O'rab oluvchi uchuq bilan og'riq bemorlar anamnezida suvchechak bilan og'rib o'tganligi aniqlangan. IDX vaqtida virusning aktivlashishi kuzatiladi. Havfli guruhga yomon sifat o'smalar, onkogemotologik kasalliklar, OITS infeksiyasi, qandli diabet,

transplantantlar o'tqazilgan bemorlar kiradi. O'rab oluvchi uchuq bilan og'rikan bemorlar epidemiologik hafli emas.



29-rasm. O'rab oluvchi uchuq virusi.

Patogenezi. Suvchechak bilan og'rib o'tgandan keyin virus bir umr orqa miya va bosh miya gangliyalarida saqlanib qoladi. Immun sistema funksiyasi saqlanganda virusning ko'payishi to'xtaydi. Umumiy va maxalliy immunodefitsit holat kuzatilganda virus nerv tolalari aksonlari bo'ylab teriga tushadi va ko'payadi.

Patomorfologik o'rab oluvchi uchuqda neyronlarda nekroz o'choqlari o'tkir ganglionit va qon quyilishlar kuzatiladi. Yallig'lanish o'choqlari orqa miyaning segment va shoxlarida, bosh miyada, bosh miya stvolida, periferik nerv tolalarida xam uchraydi.

Klassifikatsiyasi. Bolalarda o'rab oluvchi herpes klassifikatsiyasi 2001yilda V.N. Timchenko, I. V. Babachenko tamonidan taklif etilgan.

5-jadval

Bolalarda o'rab oluvchi herpes klassifikatsiyasi

Shakliga ko'ra	Og'irligiga ko'ra	Kechishiga ko'ra	Asoratlari
1. Tipik 2. Atipik: -bilinar bilinmas -abortiv -gangrenoz -bullez -gemorragik tarqoq	1. Yengil. 2. O'rta og'ir 3. Og'ir.	1. Silliq. 2. nosillik: -asoratlar bilan; -ikkilamchi infeksiya qo'shilishi bilan; -surunkali kasalliklarning qo'zg'alishi bilan; -retsdivlar bilan	1. Spetsifik-keratit, uveit, iridotsiklit, sklerit, seroz meningit, meningoensefalit, mielit, ganglioradikulopleksit, postgerpitik nevralgiya, granulomatoz angina, poli-radikulonevropatiya, leykoensefalopatiya. 2. Nospetsifik-flegmona, streptodermiya, abscess, impetigo, saramas, limfadenit va boshqalar.

Tashxis qo'yishdan namuna:

O'rab oluvchi uchuq, tipik, o'rta og'ir, silliq kechishi.

Klinikasi. Kasallik o'tkir tana haroratining ko'tarilishi, nerv tolalari bo'ylab og'riq bilan boshlanadi. 1-2 kundan keyin teri qattiqlashadi, qizil papulalar hosil bo'ladi. Bemorning umumiy ahvoli og'ir bo'lmaydi. Papulalar joyida seroz suyuqlikli vezikulalar hosil bo'ladi. Vezikulalar bir-biriga yaqin joylashib, uzum shodasiga o'xshash bo'ladi (30,31,32-rasm). Toshmalar sezuvchan nerv tolalari bo'ylab, belbog'simon joylashadi.



30-rasm. O'rab oluvchi uchuq toshmalari.



31-rasm. O'rab oluvchi uchuq toshmalari



32-rasm. O'rab oluvchi uchuq toshmalari

O'quv qo'llanma

Yangi toshmalar 2-4 kun ichida paydo bo'ladi. Toshmalar asta sekinlik bilan qurib, pustloq hosil qiladi. Bu 5-10 kun davom etadi. Harorat, og'riq kasallik avj olishida saqlanib turadi. Regionar limfa tugunlar kattalashadi. Toshma 1-2 xaftadan keyin dog'lar qoldirib yo'qoladi. Ko'pincha toshmalar qavurg'alar ora nerv tolalari bo'ylab joylashadi. Bel, dumba, oyoqlar va bosh miya ganglionitlari kamroq zararlanadi. Gasseriv tuguni zararlanganda toshma yumshoq va qattiq tanglay, ko'z, burun, yuz terisida toshadi. Ko'z sklerasi, shox pardasi zararlanganda ko'rlikga olib kelish mumkin. Kasallik intoksikatsiya, og'riq va harorat bilan kechadi. YUz nervining tizzasimon gangliyalari zararlanganda toshma quloq suprasi va tashqi eshitish teshigida paydo bo'ladi. Yuz muskullari parezi, quloqda og'riq, ta'm bilishning buzilishi, giper va gipoakuziya, bosh aylanishi kuzatiladi. Havfli guruhdagi bolalarda kasallikning tarqoq shakli uchraydi. Qayta kasallanish 1% xollarda kuzatiladi.

O'rab oluvchi uchuq asoratlari - keratit, uveit, glaukoma, ko'rlik, seroz meningitlar, meningoensefalitlar, ganglioradikulopleksitlar, bakterial asoratlarning qo'shilishi (angina, limfadenit, otit) laringotraxeitlar, obstruktiv bronxitlar.

Diagnostikasi. O'rab oluvchi uchuq tashxisi kasallikning asosiy klinik belgilari va laborator tekshiruvlari asosida qo'yiladi. O'OUning asosiy laboratoriya usullariga qo'ydagilar kiradi:

1. **Virusologik metod** O'OU virusini odam embrion hujayralarida, vezikula suyuqligidan surtma olish yo'li bilan ajratishga qaratilgan.

2. **Serologik metod** kasallikning har xil davrlarida IgM va IgG hosil bo'lishini aniqlaydi. O'OUda 70-80% IgM ko'payadi.

3. **Immunofluoessensiya metodi** O'OU virusini vezikula suyuqligi va teri qirmasidan ajratishga asoslangan.

4. **Polimeraza zanjir reaksiyasi** so'lak, qon, orqa miya suyuqligi, toshma suyuqligida virus DNKsini aniqlashga asoslangan. Qon va orqa miya suyuqligida O'OU virusi DNKsining aniqlanishi infeksiyon protsessning aktivligini bildiradi.

Qiyosiy tashxisi. O'rab oluvchi uchuq qiyosiy tashxisi suvchechak, oddiy herpes, enterovirusli infeksiyalar, vezikulez ricketiozlar, Stivenzon-Jonson sindromi va boshqa toshma toshish bilan kechadigan yuqumli kasalliklar bilan o'tqaziladi.

Davolash O'OUni davolash kompleks va kasallik davrlariga qarab olib boriladi. Davolash etaplari: o'tkir davrida, rekonvalessensiya davri va retsidivlar profilaktikasi

Kasallik og'ir yoki asoratlar bilan kechganda, erta yoshdagi, xolsizlangan, qarshiligi pasaygan bolalar, yopiq bolalar muasasidagi bolalar shifoxonaga, boks xonalarga yotqiziladi. Kasallikning o'tkir davrida, og'ir xollarda yotoq rejimi buyuriladi. O'tkir davrida mexanik, termik, ximik himoyalovchi, gipoallergen ovqot mahsulotlari buyuriladi. YOg'lik, o'tkir mahsulotlar cheklanadi. Teridagi toshmalar 1-2% brilliant yashilining suvli yoki spirtli eritmasi, metilen ko'ki, gensianviolet bilan artiladi. Qobiqchalar hosil bo'lgan davrda 5% dermatol malhami, solkoseril, kold krem surtiladi.

Etiotrop davoda virotsid preparatlar (atsiklovir, valtreaks, famvir, inozin pranobeks) interferonlar bilan (viferon, kipferon, reaferon-ES-lipint, reaferon, intron A, roferon A) yoki interferona induktorlari (sikloferon, neovir, amiksin, anaferon) bilan birgalikda buyuriladi. Ko'rsatma asosida immunoglobulinlar (varitekt, immunovenin, intraglobin, pentaglobin va boshqalar) qilinadi. **Antibiotiklar** bakterial asoratlar, mikst infeksiya kuzatilganda buyuriladi. Sefalosporinlar (sefazolin, sefalekssin, sefatoksim, seftriakson, sefiksimsim) va zamonaviy makrolidlar (azitromitsin, roksitromitsin, spiromitsin, kloritromitsin, djozamitsin) tanlov preparatlari hisoblanadi.

Patogenetik davolash kasallik og'irligiga qarab kompleks chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi. Engil va o'rta og'irlikdagi holatlarda dezintoksikasiya maqsadida bemorga ko'p miqdorda suyuqlik ichish tavsiya etiladi. Og'ir va asoratlangan shakllarda esa glyukoza-tuzli eritmalar tomir ichiga yuboriladi. Tarqoq yoki og'ir kechuvchi holatlarda gemosorbsiya va plazmafarez kabi usullar qo'llaniladi. Davolashning asosiy tarkibiy qismini immun tizimini faollashtiruvchi vositalar - immunomodulyatorlar (timalin, T-aktivin, timogen, imunofan, polioksidoniy, likopid, derinat, natriy nukleinat, IRS-19, ribomunil, bronxomunal, immunomaks) hamda sitokin preparatlar (leykinferon, ronkoleykin) tashkil etadi; ular immunogramma natijalariga asoslanib buyuriladi. Bundan tashqari, vitamin komplekslari, probiotiklar (bifiform, lineks, bifidumbakterin-forte), zarurat bo'lganda antigistamin dorilar, proteaza ingibitorlari (kontrikal, trasilol, gordoks), qon aylanishini yaxshilovchi vazoaktiv preparatlar (kavinton, aktovegin, sinnarizin, pentoksifillin) ham qo'llaniladi. Shuningdek, kislorod bilan davolash

O'quv qo'llanma

(oksigenoterapiya), ultrabinafsha nurlanish (UBN) va novokain elektroforezi kabi fizioterapevtik usullar ham bemorning ahvoriga qarab tavsiya etiladi.

Simptomatik terapiyada lozim bo'lsa yurak glikozidlari, haroratni tushiruvchi preparatlar buyurish mumkin. Og'riq sindromida spazmolitiklar Pustloqlar tushganda keratoplastik pastalar (Lessar pastasi, 2-3% naftalan pastasi) buyuriladi.

Reabilitatsiya. Dispanserizatsiya uchastka vrachi va infeksiyonist tamonidan O'OU ning retsidiylanuvchi shakllarida 3- 6 oy davomida 1 marta ko'rikdan o'tqaziladi. Umumiy qon taxlili, IFA, PZR usullari bilan O'OU markerlari, immunogramma buyuriladi. Okulist, nevropatolog, immunolog ko'rigidan o'tqaziladi. Vitaminlarga va mikroelementlarga boy oziq - ovqat

mahsulotlari istemol qilish, o'z vaqtida dam olish psixoemotsional stress, isib ketish, sovqotish oldini olish reabilitatsion terapiyaning asosini tashkil qiladi. Bemorlarga massaj, fizioterapevtik davo, iglorefleksoterapiya, sanator-kurort davo, polivitaminlar, immunomodulyatorlar, interferon induktorlari, viferon 2-6 oyga sxema bo'yicha buyuriladi.

Profilaktikasi. Infeksiya o'chog'ida maxsus chora-tadbirlar o'tqazilmaydi, karantin e'lon qilinmaydi. Bemorlar boks bo'limlariga yotqiziladi. Virusning havo - tomchi yo'li bilan yuqishini cheklash uchun bemor toshma toshgan davrda, 5 kunga izolyasiya qilinadi. 3 yoshgacha bolalar suvchechak bilan og'rimagan bo'lsa, muloqatdan keyin 11-21 kunlarda ajratiladi.

QIZAMIQ

Qizamiq kasalligi-o'tkir yuquqqli kasallik hisoblanib, Morbilliviruslar tomonidan chaqiriladi. RNK saqlovchi virus. 23 ta genotipga ega. Tashqi muhitga nisbatan chidamsiz.

Epidemiologiyasi. Kasallik aerosol mexanizmi orqali, havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Yuqumlilik darajasi juda yuqori bo'lib, 95-100 % ni tashkil etadi. Onalari ilgari qizamiq bilan kasallangan chaqaloqlar 3 oylik bo'lgunlariga qadar bu kasallikka chalinmaydilar, chunki onadan o'tgan tug'ma immunitet ularni himoya qiladi. Qizamiq asosan 1 yoshdan 8 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida uchraydi. Qizamiqqa qarshi emlangan bolalarda esa mustahkam immunitet shakllanganligi tufayli ular uzoq vaqt

davomida kasallikka chalinmaydilar. Kasallik ko'pincha kuz va qish oylarida ko'proq uchraydi hamda har 2–5 yilda qayta ko'tarilish holatlari kuzatiladi. Virus tashqi muhit ta'siriga juda sezuvchan bo'lgani uchun u uy-ro'zg'or buyumlari, o'yinchoqlar yoki uchinchi shaxs orqali yuqmaydi. Bemor tuzalish davriga kelganda atrofdagilar uchun epidemiologik xavf tug'dirmaydi. Qizamiqdan keyin organizmda bir umrga yetadigan turg'un immunitet hosil bo'ladi.

Patogenezi.

Qizamiq virusining organizmga kirish darvozasi yuqori nafas yo'llarining shilliq pardasi bilan ko'zlarning kon'yunktivasi hisoblanadi.

Qizamiq virusi yuqori nafas yo'llari shilliq pardasiga kirib, shu joyda ko'payadi va keyin shilliq osti qavat hamda limfa yo'llari orqali limfa tugunlariga o'tadi - bu jarayon virusning birlamchi replikasiyasi hisoblanadi. Yashirin davrning 3-kunlaridan boshlab viruslar qonga o'tib, virusemiya rivojlanadi. Dastlab qonda virus miqdori kam bo'ladi, biroq yashirin davr o'rtalari va oxiriga kelib u keskin ortadi. Viruslar qon oqimi orqali butun organizm bo'ylab tarqaladi: markaziy nerv tizimi, teri, o'pka, limfa tugunlari, taloq, jigar, suyak ko'migi va boshqa to'qimalarda ikkilamchi replikasiya sodir bo'ladi. Natijada bu joylarda yallig'lanish kuchayadi, retikulyar va limfoid hujayralar ko'payadi hamda ko'p yadroli gigant hujayralar paydo bo'ladi. Ikkilamchi replikasiya davrida viruslar soni oshib, yuqori nafas yo'llari va me'da-ichak tizimi shilliq qavatlarini chuqur zararlanadi. Shu sababli kataral davrda markaziy nerv tizimi, nafas yo'llari va biriktiruvchi to'qimalarda yallig'lanish jarayoni avj oladi, hujayralarda distrofik o'zgarishlar va ayrim joylarda nekroz paydo bo'ladi. Nekrozga uchragan hujayralar ajralib, ekskretlar bilan tashqi muhitga chiqadi, bu davrda og'iz, tomoq, burun-yutqun, traxeya va bronxlarda kataral yallig'lanish belgilari aniqlanadi. Og'iz shilliq pardasida qizamiqqa xos Filatov–Koplik dog'lari paydo bo'ladi. Patomorfologik jihatdan shilliq pardalarda to'la qonliligi va shish, jigar, taloq hamda limfa tugunlarida o'choqli o'zgarishlar aniqlanadi. Teri to'qimalarida mayda qon tomirlar atrofida yallig'lanish bo'lib, bu joylarda limfoid va gistiotsitar hujayralar to'planadi. Keyinchalik teri yuzasida yallig'langan hujayralar muguzlanib, kepaksimon qipiqanish kuzatiladi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, toshma toshish davrining dastlabki 4 kunida virus antigenlarini teri epiteliyida aniqlash mumkin. Toshma toshishining 3-kunidan boshlab tuzalish davri boshlanadi - bu davrda qondagi virus miqdori kamayadi, antitanachalar esa ko'payadi.

Shu bilan birga retikulyar va limfoid hujayralar proliferatsiyasi kuchayadi, qondagi hujayra tarkibi me'yorga qaytadi. Natijada qizamiqda limfoid to'qimalar zararlanishi tufayli immunitet vaqtincha pasayadi. Bundan tashqari, virusning markaziy nerv tizimiga, ayniqsa uzunchoq miya yadrolariga ta'siri immun va trofik jarayonlarning buzilishiga olib keladi.

Tasnifi

1. Qizamiqning tipik shakllari:

Yengil.

O'rta og'ir.

Og'ir.

2. Kizamikning atipik shakllari:

Emlanganlardagi qizamiq (mitigirlangan qizamiq).

Abortiv.

Bilinar bilinmas.

Gemorragik.

Klinikasi.

Qizamiqning klinik kechishi 4 ta davrga ajratiladi:

- yashirin yoki inkubatsion davri-9-14 kun.
- kataral davri-3-5 kun.
- toshmalar toshish davri-3kun.
- tuzalish davri-1-1,5 hafta.

Immunoglobulin olgan bolalarda yashirin davri 21 kungacha cho'zilishi mumkin.

Kataral davri o'rtacha 3-4 kun davom etadi. Qizamiqning kataral davrida ko'zlarning shillik pardalarida, yuqori nafas yo'llarida kataral yallig'lanish jarayoni kuzatiladi. Kataral yallig'lanish belgilari bilan birga isitma ko'tariladi, xolsizlik, ishtaha pastligi, bosh og'irishi kabi intoksikatsiya belgilari ham namoyon bo'ladi. Kataral davri uchun rinit, traxeit, kon'yuktivit xos. Intoksikatsiya belgilari bilan yo'tal, aksa urish, burundan shilliq kelishi, ko'zlardan yosh oqishi kabi belgilar toshmalar toshish davriga kelib avjga chiqadi. Bemorlar tomog'i shillik pardalar va yutqunning orqa devori qizaradi. Yumshoq va qattiq tanglayda qizil toshmalar bo'ladi. Kataral davrining oxirida lunj shilliq pardasida oq rangli qizil gardish bilan o'ralgan, manniy yormasiga o'xshash dog'lar paydo bo'ladi. Bu enantemalar Belskiy- Filatov-Koplik dog'lari deb ataladi (33-rasm). Toshmalar toshish davrida bu dog'lar yo'qolib ketadi.

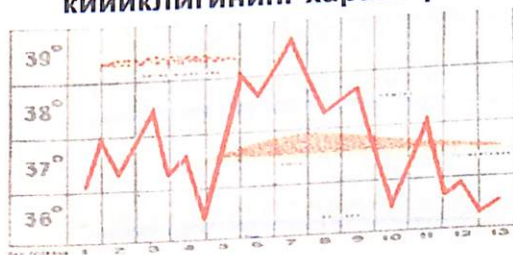


БЕЛЬСКИЙ-ФИЛАТОВ-КОПЛИК ДОГЛАРИ

33-rasm. Belskiy-Filatov-Koplik enantemasi

Kasallik boshlanishining 4-5 kundan toshmalar toshish davri boshlanadi va 3 kun davom etadi. Bu davrda intoksikatsiya belgilari maksimal darajada kuchayadi -tana harorati $39,5-40^{\circ}\text{S}$ gacha ko'tariladi, xolsizlik kuchayadi, boshi og'riydi, ishtaha keskin pasayadi, yutal tez-tez bo'lib, ayrim bemorlarning ovozi bo'g'iqroq chiqadi.

Кизамикда харорат кийиклигининг характери



34-rasm. Qizamiqda xarorat chizig'i.

Bemorda yuzi shishinqiragan, yiringli kon'yunktivit (35-rasm), rinit va troxeit kuzatiladi. Og'izni ko'rganda shilliq pardalar qizargan, bodomcha bezlari bir oz shishgan bo'ladi. Yurak-qon-tomir tizimida taxikardiya, yurak tonlarining bo'g'iqqligi, ayrim bemorlarda arterial bosim pasayishi, EKG da yurak mushaklarida distrofik o'zgarishlar borligini kuzatiladi. Bemor siydigi tekshirilganda oliguriya, silindruriya va biroz oqsil borligi aniqlanadi.

O'quv qo'llanma

Nafas olish tizimida traxeobronxit belgilari va rentgenografiyada o'pka tomirlarning kengayganligini qayd qilinadi. Erta yoshdagi bolalarda dispeptik belgilar bo'lishi mumkin.

Огиз бушлиги ва склера куриниши

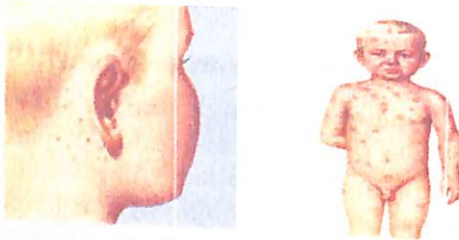


35-rasm. Qizamiqda og'iz bo'shlig'i va konyuktiva

Qonning umumiy taxlilida leykopeniya, eozinofillarning va monotsitlarning kamayganligi va ECHT ni biroz oshganligi namoyon bo'ladi.

Qizamiqda toshma toshishi bosqichli bo'lishi bilan farqlanadi. Toshma toshish davrining birinchi kunida toshma quloq orqalarida, yuzda, bo'yin va ko'krakning yuqori qismlarida toshadi (36-rasm).

Кизамикдаги тошма характери



36-rasm. Qizamiqda toshma xarakteri

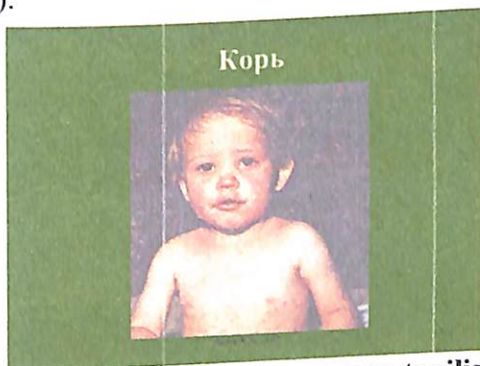
2-kunida toshma tanaga, qo'llar yuqori qismiga va 3-4 kunlarida toshma qo'l va oyoqlarning barcha qismiga tarqaladi. Toshmalar terida

qizil dog'lar yoki dog'li papulez ko'rinishida bo'lib, bir-biriga qo'shiladi. Dog'lar xar xil shaklda bo'ladi (37-rasm).



37-rasm. Qizamiq toshmasi

Qizamiqda bemorlar yuzi shishgan, qip-qizil dog'simon toshma bilan qoplangan bo'lib, qovoqlari biroz shishadi, lablari quruq, yorilgan bo'ladi (38-rasm).



38-rasm. Qizamiqda bemor yuz tuzilishi.

Qizamiqda toshmalar toshishining uchinchi kunidan boshlab yuzdagi toshmalar rangini yo'qota boshlaydi va asta-sekin dog'larga aylanadi. Keyinchalik ular biroz ko'karib, 7-10 kun ichida butunlay yo'qoladi, shu davrda mayda kepaksimon qipiqilanish kuzatiladi. Bu bosqichda bemorning ahvoli yaxshilanadi: tana harorati me'yorga tushadi, ishtaha ochiladi, uyqu normallasadi, rinit, traxeit, kon'yuktivit va boshqa belgilar 7-9 kun ichida butunlay yo'qoladi. Qizamiqning tipik shaklida kasallik qat'iy siklik kechadi va barcha davrlar ketma-ket namoyon bo'ladi. Atipik shakllari esa - abortiv, mitigirlangan, bilinar-

O'quv qo'llanma

bilinmas va simptomsiz turlarga bo'linadi: ular kam uchraydi (7% gacha). Atipik shakl odatda kasallikning yashirin davrida immunoglobulin yoki qon preparatlari olgan shaxslarda kuzatiladi. Bu shaklda yashirin davr 21 kungacha cho'ziladi, ayrim bosqichlar qisqaradi yoki butunlay bo'lmasligi mumkin, kasallik esa engil kechadi. Kataral davr atigi 1-2 kun davom etadi, intoksikatsiya belgilari sust bo'ladi, toshmalar kam va mayda, pigmentatsiya qisqa muddatli bo'ladi. Og'iz shilliq pardasida Belskiy-Filatov-Koplik dog'lari topilmaydi. Abortiv shaklda kasallik tipik tarzda boshlanadi, biroq toshmalar 1-2 kunda to'xtaydi, oyoq-qo'llarda toshma bo'lmaydi, pigmentatsiya rangsiz bo'lib 1-3 kun davom etadi. Mitigirlangan shaklda kasallik juda yengil kechadi, odatda kortikosteroid gormonlar qabul qilgan bemorlarda uchraydi. Isitma past bo'lishi yoki umuman kuzatilmasligi mumkin, toshmalar kam, bosqichma-bosqich, lekin siyrak toshadi, pigmentatsiya sust ifodalangan bo'ladi. Yengil shaklda intoksikatsiya minimal, umumiy ahvol qoniqarli, harorat 37,5-38,5°C gacha, toshmalar kam bo'ladi. O'rta og'irlikdagi shaklda isitma 38,5-39°C gacha ko'tariladi, bemor uyqusiz, ba'zan alahsiraydi, qusish va ich ketishi mumkin, toshmalar zich, yirik, qo'shilib, qip-qizil dog'li-papulyoz ko'rinishda bo'ladi. Og'ir shaklda esa intoksikatsiya keskin rivojlanadi: talvasalar, hushdan ketish, ketma-ket qusish, tana haroratining 40°C va undan yuqori ko'tarilishi kuzatiladi. toshmalar ko'p, ba'zida gemorragik bo'ladi. Agar zotiljam qo'shilsa, bemorda lablar ko'karadi, nafas tezlashadi, toshmalar ko'kimtir tus oladi, o'pka auskultatsiyasida xo'l, mayda pufakchali xirillashlar va perkussiyada tovushning bo'g'ilishi aniqlanadi.

Asoratlari.

Qizamiq asoratlari pnevmoniya, laringit, laringotraxeit, bronxit, plevrit stomatit, kolit,blefarit, keratit, keratokon'yuktivit, ensefalit, meningoensefalit, otit, sistit, pielonefrit. Asoratlar ko'prok erta yoshdagi bolalarda uchraydi. Katta yoshdagi bolalarda esa boshqa surunkali kasalliklari xam avj olishi mumkin.

Qizamiqda asoratlar erta qo'shilishi yoki pigmentatsiya davrida - kech qo'shilishi mumkin.

Tashxisoti. Qizamiq tashxisi epidemiologik anamnezga, bemor shikoyatlari, kasallik klinikasiga, laboratoriya tekshirishlarga asoslanib qo'yiladi. Kasallik klinikasida kasallikning asta-sekinlik bilan boshlanishi, 3-4 kun davomida kataral belgilarning bo'lishi, lunjda Belskiy-Filatov-Koplik simptomining bo'lishi, toshmalarning

kasallikning 4-5 kuni etap bilan toshishi, ularning makulo-papulez ko'inishda bo'lishi, bir-biri bilan qo'shilishi, toshmadan keyin pigmentatsiya va qiqiqlanish kuzatilishi tashxisot uchun katta ahamiyat kasb etadi. Laborator tekshirishlar:

- a) qonning umumiy taxlili;
- b) burun-tomokdan ajralayotgan shillikni sitologik tekshirish;
- v) virusologik tekshirish;
- g) konni serologik tekshirish.

Qonni umumiy taxlilida kasallikni boshlanishida leykopeniya, neytropeniya, limfotsitoz va toshma davrida leykopeniya yanada rivojlanadi. SHu bilan birga eozinofiliya, monotsitopeniya, ECHT biroz oshishi kuzatiladi. Burundan ajralayotgan shillikni sitologik tekshirilganda kizamik uchun xos bo'lgan ko'p yadroli gigant xujayralar aniqlanadi. Viruslogik tekshirish murakkab va uzoq vaqt talab qilgani uchun kam qo'llaniladi. Serologik reaksiyalardan RPGA va RTGA qizamiqni tashxisotida keng qo'llaniladi. Tezkor tashxisoti uchun esa immunoferment tekshirish usulidan xam foydalaniladi. IgM aniqlansa kasallikning o'tkir davri ekanligini, IgG aniqlansa kasallikni boshidan o'tqazganligi va immunitet saqlanganligidan dalolat beradi.

Qiyosiy tashxisoti. Qizamiq 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 kasallik boshida tomoqda enantema, Belskiy-Filatov-Koplik dog'lari, kon'yuktivit, rinit, traxeit topiladi. Toshma dog'li-papulyoz bo'lib, etap bilan toshadi, o'zidan keyin pigmentatsiya qoldiradi va mayda kepaksimon qiqiqlanish kuzatiladi.

Qizilchada toshma mayda dog'li papulez, bir biri bilan qo'shilmagan. Kasallik birinchi kundan toshadi, qo'l oyoqlarning yozuvchi qismida ko'proq toshadi. Kataral belgilar engil, ensa va bo'yinning orqa limfa tugunlari kattalashgan bo'ladi.

Enterovirus infeksiyasida toshmalar xarorat normal xolatda bulganda xam toshadi. Toshma boskichli toshmaydi, yukori nafas yullarida kataral uzgarishlar kam namoyon buladi va bunda asosan mialgiya belgilari kuzatiladi. SHu bilan birga enterovirus infeksiyasida jigarning kattalashishi, miokardit kabi xolatlar namoyon buladi.

Davosi. Kasalxonaga yotkazish kliniko-epidemiologik ko'rsatmalarga binoan amalga oshiriladi. Yengil va o'rta og'ir shakllarida uyda davolanadi. Qizamiqni og'ir kechish, asoratli kechish va uy sharoiti ularni parvarish qilishiga imkoniyati bo'lmagan bemorlarga kasalxonaga yotkiziladilar. SHuningdek yopik bolalar muassalarda va 1 yoshgacha bulgan bolalar xam kasalxonalarga yotkiziladi. Kizamik bilan og'irgan bemorlarni tezda izolyasiya qilib, ikkilamchi infeksiya yuqishidan ximoya qilinadi. Yotoq tartibi belgilanib, tez-tez xona havosi shamollatib turiladi. Qizamiqning avjga olgan davrida sutli taomlar, bo'tqalar, kartoshkali pyure, kisel, kefir va vitaminlarga etarli darajada beriladi. Intoksikatsiya belgilari kamaygandan so'ng pishgan yoki bug'da tayyorlangan qiymali go'sht beriladi. Agarda ich ketishi kuzatilsa, me'da-ichak kasalliklaridagidek parxezga o'tiladi.

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. Bemorlar og'zi tez-tez chayqatib turiladi. Ko'zlarini furatsilin eritmasi bilan yuvib turiladi. Zotiljam, laringit, laringotraxeit kabi asoratlar qo'shilsa antibiotiklar beriladi. Bundan tashqari organizm umumiy quvvatini oshiruvchi preparatlar, vitaminlar tayinlanadi.

Oldini olish.

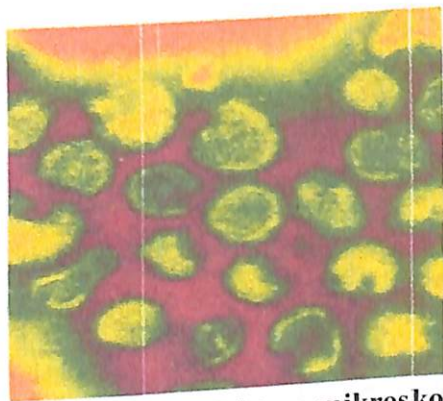
Kasallikni oldini olishda profilaktik vaksinatsiya ahamiyati katta. Vaksinatsiya 12 oylikda va 6 yoshda o'tqaziladi. Tirik qizamiq vaksinasi bilan faol emlash o'tqazish (JKV L-16, Ruvaks, MMR (qizamiq, qizilcha, tepki). Passiv immunizatsiya maqsadida kizamikka qarshi donor immunoglobulini, muloqotning 3-5 kuni yuboriladi. Qizamiq bilan kasallangan bemorlarga nisbatan olib boriladigan umumiy epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar- toshma toshgandan to 5-kunigacha, asoratlar bo'lganda esa 10 kungacha bemorni izolyasiya qilish. Qizamiq bilan kasallar bemorlar bo'lgan xonalarni 30-45 min davomida shamollatish va kvarslash lozim. Qizamiqda bolalar muassasalarida 21 kunlik karantin e'lon kilinadi.

Qizilcha

(rubeola)

Qizilcha- togaviruslar chaqiruvchi, o'tkir virusli kasallik bo'lib, mayda dog'li papulyoz toshmalar, generallashtirilgan limfadenopatiya, engil kataral belgilar, biroz rivojlangan isitmalash va xorniladorlarda xomilani shikastlanishi bilan tavsiflanadigan yuqumli kasallikdir.

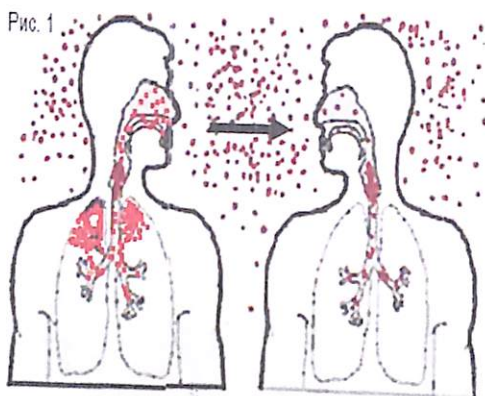
Etiologiyasi. Qizilcha virusi togaviruslarga (Togaviridae oilasi, Rubivirus sinfi) kiradi. Virionlar diametri 50-70 nm li sferik ko'rinishda bo'lib, ikki membranali nukleokapsidi bor. Diametri 30 nm. YUzasida uzunligi 6-8 nm li gemaglyutinli so'rg'ichlari joylashgan. Virus RNK tutadi(39-rasm). Virus bir necha maymunlar turi uchun patogen xisoblanadi. U ko'pgina xujayrali muxitlarda o'sish xususiyatiga ega, lekin sitopatik ta'siri kam ifodalangan. Qizilcha virusi kaptar, g'oz eritrotsitlarini agglyutinatsiyalaydi, gemolitik ta'sir ko'rsatadi. Virus tashqi muxitga chidamsiz, qizitilganda (56Sda), quritilganda, rN 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.



39-rasm. Qizilcha virusining elektron mikroskopda ko'rinishi.

Epidemiologiyasi. Qizilchanning manbai faqat inson hisoblanadi. Virus faol klinik belgilar bilan kechayotgan bemorlardan tashqari, toshmasiz yoki yengil atipik shaklda kechayotgan shaxslarda ham, shuningdek, tug'ma qizilchaga chalingan bolalarda ham bir necha oy davomida saqlanib, tarqalishi mumkin. Emlash joriy etilmaguncha, qizilcha har 6-9 yilda bir epidemiya tarzida qayd etilib turgan, ammo

ommaviy emlash natijasida kasallanish darajasi keskin kamaygan. Masalan, 1964-yilda AQShda 1,8 milliondan ortiq qizilcha holati aniqlangan va buning oqibatida 20 mingdan ortiq bola tug'ma qizilcha sindromi bilan tug'lgan. 1984-yilga kelib esa atigi 745 ta holat qayd etilgan. Yuqish mexanizmi - havo-tomchi yo'li bilan, ya'ni bemor yo'talganda, aksirganda yoki gaplashganda virusning havoga chiqishi orqali sodir bo'ladi. Epidemiyada kasallik sporadik tarzda, ya'ni alohida holatlarda uchraydi. Qizilcha ko'proq qish va bahor oylarida qayd etiladi. Asosan 2-9 yoshli bolalar kasallanadi, biroq epidemiyada davrida kattalar, shu jumladan jamoat tashkilotlari xodimlari va harbiylar orasida ham kasallanish kuzatiladi. Xomilador ayollarda virus transplasental yo'l bilan, ya'ni ona orqali homilaga yuqishi mumkin.



40-rasm. Qizilchanning yuqish mexanizmi.

Qizilcha xomilador ayollar uchun o'ta xavfli xisoblanadi, chunki xomila ichi zararlanishi kuzatilishi mumkin. Qizilcha virusi toshmalar toshishidan 1 hafta oldin va toshma toshgandan so'ng 1 hafta davomida tashqi muxitga chiqariladi. Kasallikdan keyin bir umrlik turg'un immunitet qoladi. Lekin R.E Berman va V.K.Vogan (1992) fikricha 3-10% xolatlarda kasallik qaytalanishi mumkin.

Patogenezi. Qizilcha virusi organizmga nafas yo'llari shilliq qavatlari orqali kiradi. So'ngra regional limfa tugunlarga kiradi, ko'payadi. Buning natijasida kataral belgilar paydo bo'ladi. Limfa tugunlar kattalashadi. SHilliq qavatlar qizaradi. Limfa tugunlar kattalashadi. Keyinchalik virusemiya sodir bo'ladi. Gematogen yo'l bilan butun organizmga tarqatiladi, virus deratotrop xususiyatga ega

bo'lib, limfa tugunlarda xam 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 xolatlarda toshmalar toshgandan 1-2 kundan keyin xam 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 xomila rivojlanishiga ta'sir ko'rsatadi. Xomilaning zaralanish ko'rsatkichi xomiladorlik muddatiga bog'liq. Xomiladorlikning 3-4 xaftasida qizilcha bilan kasallanganda 60% xolatlarda, 9-12 xaftalarda -15% va 13-16 xaftalarda 7% da tugma nuqsonlar shakllanadi. Xomiladorlar qizilcha bilan kasallanganda virusemiya vaqtida virus yo'ldoshga o'tadi va shu erda ko'payib, xomilani jaroxatlaydi. Infeksiya mitotik faollikni buzilishiga, xromasomalarni o'zgarishiga olib keladi, bu esa jismoniy va aqliy rivojlanishdan orqaga qolishga sabab bo'ladi. Tug'ma qizilchada qon zardobida qizilcha virusi qancha bo'lishidan qat'iy nazar, qo'zg'atuvchi bola organizmida uzoq muddat (31 oygacha) saqlanadi. Bola bu vaqt oralig'ida boshqa bolalar uchun infeksiya manbai bo'lishi mumkin.

Qizilcha klassifikatsiyasi.

I. Rivojlanish mexanizmiga ko'ra:

1. Orttirilgan qizilcha.
2. Tug'ma qizilcha

II. SHakliga ko'ra:

1. Tipik shakl.
2. Atipik shakli:
 - bilinear-bilinmas;
 - subklinik;
 - gipertoksik.

III. Og'irligi bo'yicha:

1. Engil.
2. O'rta og'ir.
3. Og'ir.

IV. Kechishi bo'yicha:

- 1.O'tkir.
- 2.Asoratlar bilan.

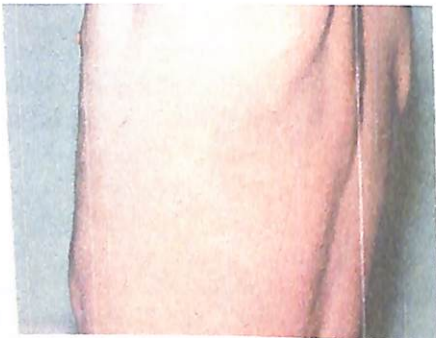
Klinikasi.

Qizilchaning kechishida quyidagi klinik davrlar kuzatiladi.

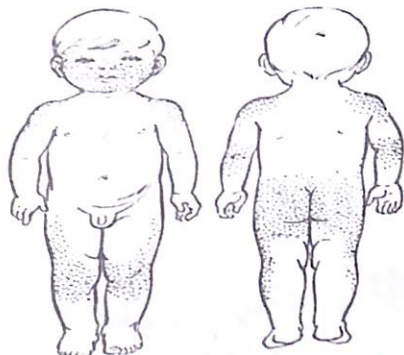
- 1.Inkubatsion davr-13-23 kun.
- 2.Prodromal davr-bir necha soatdan 1-2 kungacha.
- 3.Toshma toshish davri-3-4kun.
- 4.Rekonvalessensiya davri.

Prodromal davrida kamquvvatlik, engil rinit belgilari, yo'tal bo'lishi mumkin. Xarorati normal yoki bir oz ko'tarilgan, bo'yinning orqa va ensa limfa tugunlari kattalashgan bo'ladi.

Toshma toshish davrida tana xarorati subfebril darajagacha ko'tariladi. Isitma 2-4 kun davom etadi va aloxida bemorlarda 5 kundan uzoq cho'ziladi. YUqori nafas yo'llarining yallig'lanishi rinit va faringit ko'rinishida namoyon bo'ladi. 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. Engil kataral kon'yunktivit kuzatiladi. Qizilchada toshma kasallikning birinchi kunidan paydo bo'ladi. Ko'pincha toshma yuzda tosha boshlaydi, keyin kun davomida tanada va qo'l-oyoqlarda paydo bo'ladi. Toshmalar ko'pincha yozuvchi yuzalarda, orqada, belda, dumba soxasida joylashadi. Toshma mayda dog'li papulyoz, o'zgarmagan teri fonida chiqadi, bir biriga qo'shilmagan (41, 42, 43-rasmlarga qaralsin).



41- rasm.Qizilcha toshmasi. 42-rasm. Qizilcha toshmasi.



43-rasm. Qizilcha toshmalarining tanada joylashishi.

Ayrim xollarda toshmalar soxasida engil qichishishlar bo'ladi. Toshma elementlari 2-3 kun saqlanadi.

Limfatik tugunlar toshma toshishdan 24 soat oldin kattalashadi. Ko'pincha bo'yinning orqa va ensa limfa tugunlari no'xatdek kattalashadi, elastik, xarakatchan, ba'zida og'riqli bo'ladi. Yuqori nafas yo'llarining kataral belgilari kam ifodalangan 2-3 kun davom etadi. Tana xarorati normal yoki subfebril bo'lib, 1-3 kun saqlanadi. Kattalar va o'smir yoshidagilarda poliartrit belgilari: artralgiya, bo'g'imlarda shish, sinovitlar kuzatilishi mumkin. Bir qism bemorlarda kasallikning birinchi kunlarida ko'p bo'lmagan gipotenziya, ba'zida jigar o'lchamlarining kattalashishi, birmuncha ko'proq taloqning kattalashishi kuzatiladi. Periferik qon uchun leykopeniya va plazmatik xujayralar sonining ortishi xosdir.

Atipik qizilcha engil, toshmalarsiz, o'tadi, u yuqori nafas yo'llarining engil kataral yallig'lanishi va biroz rivojlangan limfadenopatiya bilan xarakterlanadi. Agar bunda bemor qizilcha bilan muloqotda bo'lganligi xaqida ma'lumot bo'lsa, shu kasallik xaqida o'ylash mumkin.

Tug'ma qizilcha. Kasallikning kechishi xomila ichi zararlanishida oddiy qizilchadan birmuncha farqli kechadi. Tug'ma qizilcha sindromiga yurak tug'ma nuqsonlari -arterial yo'lakning ochiq qolishi, qorinchalararo to'siq nuqsoni, o'pka o'zani stenoz; ko'zning shikastlanishi - shox pardaning xiralishishi, katarakta, xorioretinit, mikroftalmiya, mikrotsefaliya, aqliy rivojlanishdan orqaga qolish, karlik kiradi. YUrak poroki, katarakta va karlik kuzatiladigan tug'ma qizilchadagi sindromni

1941 yil Greg aniqlagan(44-rasm). Keyingi yillarda bu sindromning ko'rinishlariga trombositopenik purpura, jigar va taloqning kattalashishi, xomila ichi rivojlanishidan orqada qolish, interstitsial zotiljam, miokardit yoki miokard nekrozi va metafiz soxasida suyaklarning shikastlanishi kiritildi. Bir qancha bolalarda gumoral va immun xujayraviy immun tanqislik belgilari aniqlandi, keyinchalik ba'zi shaxslarda tug'ma qizilchadan keyingi qandli diabet va o'sib boruvchi o'tkir osti panensefalit rivojlandi.



44-rasm. Qizilcha virusining xomilaga ta'siri.

Asorati. Orttirilgan qizilchaning ko'p uchraydigan asorati bo'lib artritlar xisoblanadi. Bolalarga nisbatan katta yoshdagi bemorlarda bu ko'p uchraydi. 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 purpura. U petexial yoki terida yirik gemorragik toshmalar, milklarning qonashi, gematuriya bilan xarakterlanadi.

Og'ir asorati-qizilchali ensefalit, qizilcha bilan kasallangan 5000-7000 dan bittasida kuzatiladi. Ensefalit belgilari toshmalar yo'qolishi bilan yoki ekzantema faktida paydo bo'ladi. Bemorlarda bosh og'rishining kuchayishi, umumiy es-xushining yomonlashishi, keyinchalik talvasalarning rivojlanishi, komatoz xolatlar, gemiparezlar aniqlanadi. Ba'zida meningial simptomlar xam bo'lishi mumkin. Ensefalitdan o'lim ko'rsatkichi juda yuqori.

Tashxisi. Tipik xolatlarda epidemiyalar vaqtida tashxislashda qiyinchilik tug'dirmaydi. Sporadik xolatlarda tashxis qo'yish, xususan atipik xolatlarda qiyin bo'ladi

Ortirilgan qizilchaga tashxis qo'yish uchun quyidagilarga etibor beriladi;

- toshmaning chiqish vaqti.
- toshmalarning tanada bir vaqtning ichida paydo bo'lishi.
- toshmalarning joylashishi
- toshmalarning pigmentatsiya qoldirmasdan tezda yo'qolishi
- toshmalarning engil kataral belgilar bilan birgalikda kechishi
- intoksikatsiya belgilarining kuchsiz namoyon bo'lishi
- 1-3 kun davomida subfebril temperatura
- shilliq qavatlar zararlanmasligi
- ensa va bo'yin orqa limfa tugunlarining kattalashishi

Tashxisni qizilcha virusni ajratib olinishi va maxsus antitanachalar titrining ortib borishi tasdiqlaydi. Virusologik tekshiruv viremiya davrida o'tkaziladi. Tomoq-burundan surtma olish toshma toshgandan keyin o'tkaziladi.

Antitelalar bemor qonida toshma toshgandan keyin 1-2- kunlarda paydo bo'lib, maksimal miqdori 6-20- kunlarda bo'ladi. 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 tashxis qizamiq, enterovirusli ekzantema, psevdotuberkulyoz, qizil ko'y lak, suvchechak bilan o'tkaziladi.

Soxta sil va iersiniozda isitmalash, tomoq qizarishi kuzatiladi. Lekin toshma asosan polimorf, kattaroq, ayniqsa bo'g'imlar atrofida toshib, ko'proq oyoq qo'l panjalarida yuzida, burun lab uchburchagida xam ko'proq oyoq qo'l panjalarida yuzida, burun lab uchburchagida xam toshadi. Tomoqdagi o'zgarishlar kam va uzoq turmaydi. Ko'proq jigar va taloq kattalashadi. Artralgiya, teri qichishi qorinda og'riq, ichi buzilishi, sariqlik kuzatiladi.

Qizamiqda kasallik boshida 3 kun kataral davri bo'ladi. Bemor xarorati ko'tariladi. Og'izdagi shilliq pardalar qip-qizil rangda, yumshok tanglayda enantemalar bo'lib, lunjning shilliq pardalarida oq dog'chalar, qizil gardish bilan o'ralgan Filatov-Koplik dog'lar bo'ladi. Kon'yuktivit, rinit, traxeit kuzatiladi. 3 kundan keyin xarorat 39-40 S ko'tarilib toshma tosha boshlaydi. Toshma dog'li-papulyoz bo'lib, quloq orqasi yuzdan tosha boshlanadi. 2-kun qo'l, badanda, 3-kun oyoqlarda toshib shu

tartibda yo'qola boshlaydi. Toshmalar bir-biriga qo'shiladi, o'zidan keyin pigmentatsiya qoldiradi va mayda kepaksimon qiqiqlanish kuzatiladi. Toshma toshish davrida xamma kataral belgilar kuchayadi.

Enterovirus infeksiyasida toshmalar xarorat normal xolatda bo'lganda xam 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 xolatlar namoyon bo'ladi.

Suvchechakda yashirin davri 14-21 kun. Suvchechakda toshmalar tarqoq, polimorf toshma elementlari bo'ladi. Toshmalar dog', makula, papula, qatqaloq davrlarini o'tadi. Boshning sochli qismida, shilliq qavatlarda xam toshmalar toshadi. Toshma toshish davrida xarorat yuqori bo'lib, intoksikatsiya belgilari kuzatiladi.

Davolash. Qizilchada asosiy kasallar ambulator sharoitida davolanadi. Og'ir shakllari gospitalizatsiya qilinadi. 3-4 kun davomida yotoq rejimi buyuriladi. Yoshiga mos ovqatlantiriladi. Dezintoksikatsiya maqsadida ko'proq suyuqliklar ichiriladi. Etiotrop davo sifatida inozin, arbidol, interferonlar berilishi mumkin. Desensibilizatsiya maqsadida tavegil, suprastin, zirtek berilishi mumkin. 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.

Qizilchani oqibati ko'pincha yaxshi. Qizilcha ensefalitida esa o'lim kursatkichi 50% ga etadi.

Qizilcha kasalligida xamshiralik parvarishining xususiyatlari. Qizilcha kasalligi bilan og'rigan bemorni parvarish qilish asosan kasallikni avj olishiga yo'l qo'ymaslik, asoratlarni oldini olish va bemorga qulay sharoit yaratishga qaratilgan.

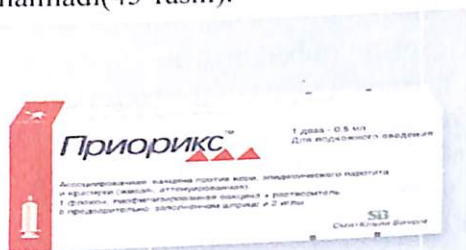
Xamshiralik parvarishi quyidagicha amalga oshiriladi:

- Bemor va uning oila a'zolariga kasallik xaqida va uning asoratlari to'g'risida ma'lumot berish;
- Ambulator davolashni tashkillashtirishda bemorda kasallikning klinik belgilari yo'qolgunga qadar aloxida xonaga joylashtirish (izolyasiyalash);
- Doka niqoblarni tutib yurishni tashkil qilish;
- Toza havo oqimini ta'minlash;

- Bemor yotgan havo xaroratini 18-20⁰ C dagi holatda saqlash;
- Xonana bir kunda ikki marta namlab artish;
- Teri, koʻz va burun-xalqum shilliq pardalari tozaligiga ahamiyat berish;

- Bemor parheziga eʼtibor qilish.

Profilaktikasi. Maxsus profilaktikasi uchun bir qator davlatlarda tirik kuchsizlantirilgan vakcina ishlab chiqilgan va samarali qoʻllanilmoqda. San QvM 0239-07 boʻyicha rejali emlash kalendariga qizilchaga qarshi QPQ tirik vaksinasi qoʻllanilib, bolalarga bir yosh va olti yoshlarda qoʻllaniladi(45-rasm).



45-rasm. Qizilcha vaksinasi.

Emlashda qator vaktsinal reaksiyalar boʻlishi mumkin va 95% emlanganlarda qizilchaga qarshi antitanachalar paydo boʻladi. Katta yoshli ayollar emlanmaydilar, xomiladorlarni emlash mumkin emas, bundan tashqari emlashdan sung 3 oy davomida xomilador boʻlish taʼqiqlanadi. Qizilcha bilan kasallanganlar toshma ketguncha oʻrtacha 4 kun izolyasiya qilinishi kerak. Muloqotda boʻlganlar 21 kun bolalar jamoalariga qoʻyilmaydi.

SOXTA TUBERKULYOZ

Soxta tuberkulyoz isitma, intoksikatsiya, limfadenopatiya, ekzantema, artralgiya, gepatit, meʼda-ichak yoʻlining zararlanishi va ogʻir xollarda septik koʻrinishida kechuvchi oʻtkir yuqumli kasallikdir.

Tarixiy maʼlumotlar. Bu kasallikni qoʻzgʻatuvchi mikrobn 1883 yilda L. Malyasse va V. Vinyal topdilar. 1895 yilda Ebert bu kasallikdan oʻlgan xayvonlarning ichki organlarida xuddi tuberkulyozdagiga oʻxshash boʻrtmalar hosil boʻlishini aniqladi va kasallikni soxta

O'quv qo'llanma

tuberkulyoz (pseudotuberkulyoz) deb atashni tavsiya qildi. 1959 yilda Uzoq Sharqda soxta tuberkulyoz epidemiya ko'rinishida keng tarqalgani qayd qilindi. Bu kasallikning klinikasi qizilko'ylakga o'xshash bo'lganligi tufayli uni «Uzoq Sharqqa mansub qizilko'ylakga o'xshash isitma» nomi bilan yuritishdi. Keyinchalik bu kasallik boshqa joylarda xam uchrashi ma'lum bo'ldi. 1965 yilda V. A. Znamenskiy bemorlar axlatidan kasallik mikrobini ajratib olishga muvaffaq bo'ldi. V. A. Znamenskiy o'ziga ana shu mikrobnı yuqtirib u xaqiqatda xam soxta tuberkulyozni qo'zg'atuvchi mikrob ekanini isbot qildi. Keyingi yillarda bu kasallik er yuzining boshqa joylarida (Shimoliy va Janubiy Amerika, Yevropa, Yaponiya, Xindiston) xam uchrashi ma'lum bo'ldi.

Etiologiyasi. Soxta tuberkulyozni qo'zg'atuvchisi uersinia rseidotuberculosis Yersinia avlodi, Enterobacteriaceae oilasiga mansub bo'lib, tayoqcha ko'rinishidagi grammanfiy, mayda mikrobdır. Bu mikrobnı bo'yaganda ikki uchi quyuq bo'yaladi, o'rtasi esa kam bo'yaladi, sporasi yo'q. Kapsula xosil qiladi. U o'zining fibrinolitik xususiyati bilan o'lat mikrobidan farq qiladi. 3-5ta xipchinlari bor, xarakatchan. Somatik O-antigeni va xivchinga mansub N-antigeni bor. O-antigeniga qarab 10 serolagik variantlari bor. Bemorlarda ko'pincha I, kamroq III-IV serovarlari uchraydi. Bakteriya xujayralari parchalanganda endotoksin ajralib chiqadi. Bu mikroblar sovuq haroratda oziq-ovqat mahsulotlarida, suvda juda uzoq vaqt tirik saqlanadi. Ba'zi ozuqa moddalarida ko'payadi. Quyosh nuri ta'sirida va quritilganda tez xalok bo'ladi. Qaynatilganda darxol o'ladi. Oddiy dezinfeksiyalovchi moddalar uni o'ldiradi.

Epidemiologiyasi. Soxta tuberkulyoz zoonoz kasallikdir. Tabiiy sharoitda infeksiya manbai asosan yovvoyi va odamlar yashaydigan joylarda istiqomat qiladigan (sinantrop) kemiruvchi xayvonlardir (46-rasm).



46-rasm. Infeksiya manbai-kemiruvchilar.

Ulardan tashqari bu infeksiya qoramollar, qo'y-echkilar, otlar, eshaklar, itlar, mushuklar, tovuqlar va boshqa parrandalarda xam uchraydi.

Kasal xayvonlarning axlati va siydigi orqali chiqarilgan mikroblar atrofda suvni, sabzovotlarni oziq-ovqat maxsulotlarini ifloslaydi. Yuqish mexanizmi fekal-oral. Yuqish yo'llari-alementar, suv orqali va muloqat. Kasallik ko'pincha (alementar) sabzavotlarni issiqda pishirmasdan iste'mol qilish natijasida yuqadi (47-rasm).



47-rasm. Zararlangan sabzavotlar.

Ochiq xavzalardagi suvni qaynatmasdan ichganda xam yuqishi mumkin. Soxta tuberkulyoz ko'pgincha sporadik ko'rinishda uchraydi. Ba'zan epidemiya tarzda xam keng tarqaladi (ayniqsa suv orqali yuqqanda). Bu kasallik ko'pincha internatlarda, bolalar bog'chalari, yaslilarda uchraydi. Xamma yoshdagilar kasallik bilan kasallanishi mumkin. Fevral-may oylarida kasallik ko'payadi. Immunitet tipga xos, turg'un. Qayta kasallanish boshqa turlari bilan zararlanganda kuzatiladi.

Patogemezi va patologik anatomiyasi. Qo'zg'atuvchi zararlangan ovqat yoki suv bilan og'iz orqali oshqozonga kiradi, (yuqish fazasi) xlorid kislotasi ta'sirida qisman xalok bo'lib, qolganlari ingichka ichak shilliq pardasida joylashadi va yallig'lanish chaqiradi (enteral fazasi) Limfa tomirlari bo'ylab iersiniylar mezenterial limfa bezlariga boradi va u erda xam yallig'lanish jarayoni yuz beradi (mezenterial limfaadenit). Ba'zan kataral va gemorragik appenditsit xam rivojlanadi. Bir qism bakteriyalar xalok bo'lib, endotoksin ajratib chiqaradi, intoksikatsiya simptomlari paydo bo'ladi. Limfa bezlaridagi to'siqni engib o'tgan iersininiylar qonga tushadi va bakterimiya boshlanadi (bakteremiya va toksemiya fazasi). Natijada patologik jarayonga turli organlar jumladan, ularga jigar, yurak, buyrak qo'shilib, gepatit, miokardit, nefrit ko'rinishida namoyon bo'ladi

(parenximatoz diffuziya fazasi). Ma'lum vaqt o'tgach, bemor organizmi iersiniyga va uning toksiniga nisbatan o'ta sezuvchan bo'lib qoladi (sensibilizatsiya). Patogenezing oxirgi bosqichi organizmning bakteriyalardan ozod bo'lishi va immunitet xosil bo'lishidir. Ichak patologoanatomik tekshirilganda, kuchli shish, infiltratsiya, fibrinoz karashlar, qon quyishlar aniqlanib, ular kataral deskvamativ yoki kataral yarali gastroenterokolit, enterit, enterokolit sifatida namoyon bo'ladi. Nekrotik mezoadenit, tutqich yirtilishi, peritonit rivojlanishi mumkin. Taloq va jigarni gistologik tekshirganda, ko'p miqdorda nekrotik tugunchalar (iersinioz granulalari) va markazida nekroz aniqlanadi.

Klassifikatsiyasi.

Soxta tuberkulezning N.I.Nisevich va V.F.Uchaykin (1990) yil taklif qilgan tasnifi:

I.Tarqalishi bo'yicha:

- 1.Lokal
- 2.Tarqoq(septik)

II.Formasi bo'yicha:

1.Tipik:

- Qizilko'ylakga o'xshash
- Abdominal
- Artraljik, sariklik bilan o'tadigan formasi
- Aralash formasi

2.Atipik:

- Bilinear-bilinmas
- Subklinik
- Kataral

III.Kechishi bo'yicha: yengil, o'rta og'ir, og'ir.

IV.Asoratlari bo'yicha: pnevmaniya, otit, peritonit, osteomielit, miokardit va boshqalar. Mikst-infeksiya.

Klinikasi. Soxta tuberkulyozning klinik kechishida 5 davr ajratiladi:

1) inkubatsion davr, 2) boshlang'ich davr; 3) kasallikning to'la rivojlangan davri; 4) kasallikning zo'riqish va retsidivlari davri; 5) sog'ayish davri.

Inkubatsion davr 3-18 kun davom etadi. Boshlang'ich davr to bemor badaniga toshma paydo bo'lgunga qadar (1-5 kun) davom etadi. Kasallik birdaniga boshlanadi. Bemorniig harorati 38-40 darajagacha ko'tariladi. Boshi, muskullari, bo'g'imlari og'riydi, darmoni quriydi, ishtaxasi yo'qoladi. Boshlanishda tumov alomatlari ko'rinadi, tomog'i qiriladi,

yutganda og'riydi, yo'tal kuzatiladi. Tomoq qizargan va shishgan bo'ladi. So'ngra bemor ko'ngli aynab qusadi, ba'zan ichi ketadi, qorni og'riydi. Bemorning yuzi, bo'yni (kapyushon simptomi) va qo'l-oyoq barmoqlari (qo'lqop va noski simptomi) qizaradi(48-49-rasmlar). Kon'yunktiva qizaradi, til karash bilan qoplanadi, burun-lab burchagi oqish tus oladi.



48-rasm. Qo'lqop simptomi.



49-rasm. Paypoq simptomi.

Kasallik to'la rivojlangn davrda harorat yuqori bo'lib turadi, intoksikatsiya kuchli bo'ladi va ichki organlarning zararlanganiga xos simptomlar ko'rinadi. Kasallikning 1-6-kunlari 60-70 foiz bemorlarning badanida xuddi Qizilko'ylakdagiga o'xshash toshma paydo bo'ladi. Bemorning yuzi va boshida toshma bo'lmaydi. Toshmalar och pushti rangda, oddiy teri fonida, nuqtasimon ko'rinishda bo'ladi. Toshmalar katta bo'g'imlar, ko'krak qafasi yon tomonlari, oyoq-qo'l terisida simmetrik joylashadi.

Kasallik og'ir o'tganda ba'zan toshmalar gemorragik tus oladi. Ba'zan Qizilko'ylakdagiga o'xshash toshmadan keyin bemor badanida

papula elementlari ko'rinishi mumkin(50-rasm).Til tozalanib malinasimon tus oladi (51-rasm).



50, 51-rasmlar. Dog'li papulyoz toshma va malinali til.

Toshma 1-7 kun saqlanadi. Soxta tuberkulyoz tula rivojlangan davrda Rumpel-Leede, Pastiya simptomlari ijobiy bo'ladi. Tanglay qizaradi, qattiq tanglay chegarasi yaqqol ko'rinadi. Limfa bezlari kattalashadi. Bu davrda ko'p bemorlarda artralgiya va poliartrit belgilari paydo bo'ladi. Bo'g'im og'riqlari bemorlarni ancha bezovta qiladi. Nisbiy bradikardiya, gipotoniya aniqlanadi. Ishtaha mutlaqo yo'qoladi. Bemor ko'ngli aynab qayta-qayta qayt qiladi. Tili tozalanib, «malina» ko'inishga o'xshaydi. Bemorlarning yarmisida terminal ileit simptomlari ko'rinadi. Ileotsekal sohani paypaslab ko'rganda mezenterial bezlar kattalashgani aniqlanadi. Ko'pincha jigar zararlanadi (pareximatoz gepatit, xoletsistit va xolangit alomatlari paydo bo'ladi). Parenximotoz gepatitning xamma simptomlari ko'rinadi. Bemor qonida leykotsitoz (10000-30000), neytrofilyoz, limfopeniya va ECHT ning tezlashgani (20-55 mm) aniqlanadi. Bu davrda buyrak zararlanganiga xos alomatlar paydo bo'ladi (proteinuriya, mikrogematuriya, siliidruriya). Kasallik og'ir o'tganda meningizm va bosh miya zararlanganiga xos alomatlar ko'rinadi. Kasallikning bu davri 5-7 kun davom etadi. Kasallikniig zo'riqish va retsidivlari davri. Bu davrda kasallik retsidivlari aniqlanadi. Ko'pincha bitta, kamroq ikki va uchta retsidiv uchraydi. Sog'ayish davrida harorat pasayadi, ichki organlar funksiyalari asli xoliga keladi, intoksikatsiya va kasallikning boshqa alomatlari yo'qoladi. Bemor badani ko'pincha bir oy davom etadi.

Klinik simptomlariga qarab soxta tuberkulyozning quyidagi klinik formalari ajratiladi:

1. Abdominal formasi. 40-55 foiz bemorlarda uchraydi. Terminal ileit, enterit, gastroenterit, mezenterit alomatlari aniqlanadi. Qorinning o'ng tamonida og'riq, sutkasiga 5-7 marta patologik qo'shilmalarsiz, bazida shilliq bilan ich ketadi. Tili karash bilan qoplangan, ko'ngli aynib qayd qiladi, qorni og'riydi, damlaydi, ba'zida Padalka simptomi musbat bo'ladi.

2. Qizilko'ylakga o'xshash formasi. 20 foiz bemorlarda uchraydi. Isitma, tomoqning qizarishi, toshma va intoksikatsiya bilan xarakterlanadi. Toshma kasallikning birinchi kunidan paydo bo'ladi. Toshma mayda nuqtali yoki mayda dog'li papulez ko'rinishida bo'lib, buyin, yuz, oyoq-qo'l terilarida «kapishon», «perchatki» «noski» ko'rinishida joylashadi. Ba'zida toshmalar katta dog'li, gemorragik bo'lib, qipiklanish kuzatiladi.

3. Artralgiik forma 15 foiz bemorlarda uchraydi. YUqori harorat va intoksikatsiya bilan bir qatorda artralgiya va poliartrit alomatlari ko'rinadi. Oyoq-qo'l bo'g'imlari shishib, og'riydi.

4. Sariq bilan o'tadigan formasi. Bu kam uchraydi (5-7 foiz). Isitma, intoksikatsiya bilan bir qatorda parenximatoz gepatit simptomlari uchraydi. Sariqlik, jigarning kattalashuvi, giperbilirubinemiya, giperfermentemiya, siydikning qizarishi, intoksikatsiya va uzoq fibril harorat kuzatiladi.

5. Kataral formasi. Havo yo'llari yallig'lanishiga oid simptomlar (rinit, faringit, traxeit, bronxit) yaqqol ko'rinadi. Xarorat subfebril va intoksikatsiya kam bo'ladi.

Generalizatsiyalashgan formaci og'ir kechishi bilan xarakterlanadi. Qariyalarda, surunkali kasalliklari bo'lgan bemorlarda ko'p uchraydi. Uzoq, retsidivlar bilan kechishi, ichki organlarda yiringli o'choqlar bo'lishi bilan xarakterlanadi. Harorat yuqori, intoksikatsiya kuchli bo'ladi. Ekzantema aniqlanadi. SHu kabi ichki organlar va markaziy nerv sistemasining zararlanishiga oid simptomlar bo'ladi (meningit, meningoensefalit). Bu forma 3 foiz bemorlarda uchraydi. Bemorniig ahvoli og'ir bo'ladi ba'zan o'lim xollari uchraydi.

Diagnostikasi. Soxta tuberkulyozning diagnostikasida laboratoriya usullari muhim rol o'ynaydi.

Bakteriologik usul. Bemorning ahlati, tomog'idagi shilimshiq, qusiqlik massalari ekiladi. Bunda Peterson va Kuk usulidan foydalaniladi (bu bakteriyalar past haroratda xam fosfor bufer eritmasida ko'paya oladi).

Serologik usullar. Agglyutinatsiya va egri gemagglyutinatsiya reaksiyalari qo'llaniladi. Agglyutininlar kasallikning birinchi xaftasida paydo bo'lib 3-xaftasida juda ko'payadi. Agglyutinatsiya reaksiyasining eng kam titri 1:200 dir. Egri gemagglyutinatsiya reaksiyasining diagnostik titri 1:100. Antitelalar titrining 4marta oshishi tashxisni tasdiqlaydi. PZR (polimeraza zanjirli reaksiyasi) bemorning najasi, qon zardobi, suvda, oziq-ovqat mahsulotlarida parchalangan mikroorganizmlarning DNKsini identifikatsiya qilishga yordam beradi. Qonning umumiy taxlilida: yuqori leykotsitoz, neytrofilez chapga siljish, ECHT oshgan.

Differensial diagnostikasi. Kasallikning klinik kechishiga qarab iersinioz, o'tkir ichak infeksiyalari, appenditsit, virusli gepatit, yuqumli mononukleoz, sepsis kasalliklari bilan qiyosiy tashxis o'tkaziladi.

Yuqumli mononukleoz viruslar chaqiruvchi yuqumli kasallik bo'lib, birinchi navbatda limfa tugunlarning kattalanishi, angina, yuqori isitma va qonda atipik mononuklearlarning xosil bo'lishi bilan xarakterlanadi. Asosan orqa bo'yin limfa tugunlari kattalashadi. Burni bitadi, nafas olish qiyinlashadi, manqalanadi. Jigar va talog'i kattalashadi.

Virusli gepatit A anamnezida kasal bilan muloqat bo'ladi. Kasallik kataral va dispeptik belgilar bilan boshlanib, harorat uzoq bo'lmaydi, sariqlik paydo bo'lgach intoksikatsiya belgilari kamayadi

Ekzantemalar toshganda tomchi infeksiyalardan (qizamiq, qizilcha, qizil ko'ylak) enterovirusli infeksiya bilan qiyosiy tashxislash kerak. Qizamiqqa kataral belgilar, etap bilan toshadigan dog'li-papulez toshma, lunjlarda kuzatiladigan Belskiy - Filatov-Koplik dog'lari xos. Qizilko'ylakga yuqori harorat, angina, qizargan teri fonida nuqtali milliar toshmalar, Filatov simptomi, jgut simptomi, Pastia simptomi, malinali til, qippiqlanish xos. Qizilchaga engil kataral belgilar, 37-38 harorat, toza teri fonida mayda-dog'li toshmalar, ensa va bo'yin limfa tugunlarining kattalashuvi xos.

Davosi. Psevdotuberkulyozni kompleks davolashda antibakterial terapiya muhim rol o'ynaydi. Levomitsetin yaxshi natija beradi. Levomitsetin bir kunda 2-2,5 grammdan 2 xafta beriladi. Tetratsiklin, gentamitsin, streptomitsin, rifampitsin, biseptol xam yaxshi natijalar beradi.

Kasallik retsidivi yuz bermasligi uchun organizm kuch-quvvatini ko'paytiradigan dorilar ishlatiladi: pentoksil 0,2-0,4 gr dan bir kunda 4 maxaldan 4-5 kun, metiluratsil 1-2 gramm dan kuniga 4 maxal 4-5 kun

beriladi. Pirogenal 1 ml dan kuniga bir maxal 3-4 kun muskul orasiga yuboriladi. Prodigiozan 1 ml. dan kuniga bir marta 4-5 kun muskul orasiga yuboriladi.

Intoksikatsiyaga qarshi dorilar (reopoligyukin, gemodez, glyukoza) tomchilab tomirlar ichiga yuboriladi. Kasallik og'ir o'tganda qisqa kurs bilan kortikosteroidlar qo'llaniladi. Keng miqyosda allergiya xolatiga qarshi preparatlar, patogenetik va simptomatik dorilar ishlatiladi. Artritlik formalarida indometatsin, voltaren, brufen buyuriladi. Terminal ileit, appenditsit, mezodenit formalarida bemorlar jarroh tamonidan kuzatiladi, lozim bo'lsa operatsiya o'tkaziladi. Operatsiyagacha va undan keyin etiotrop va patogenetik davo davom etiriladi.

Profilaktikasi. Profilaktik choralar avvalo infeksiya maibaiga qarshi qaratilgan bo'ladi. Bemorlar tezlikda kasalxonaga yotqiziladi. Suv xavzalari, oziq-ovqat saqlanadigan, tayyorlanadigan, sotiladigan joylar doimo sanitariya nazoratida bo'lishi zarur. Omborlar va oziq-ovqat ob'ektlarida deratizatsiya ishlari olib borilishi kerak.

Kasallik o'chog'ida dezinfeksiya, deratizatsiya ishlari amalga oshiriladi. Kasallik o'chog'i 3 hafta davomida kuzatiladi. Muloqatda bo'lganlar maksimal inkubatsion davri davomida kuzatiladi. Iersiniy tashuvchilari oziq-ovqat maxsulotlari bilan ishlashga qo'yilmaydi. Spetsifik profilaktikasi yo'q.

GEMORRAGIK ISITMALAR

Gemorragik isitmalar –bu virus etiologiyali tabiiy o'choqli kasallik bo'lib, klinik o'tkir boshlanishi, og'ir intoksikatsiya belgilari va gemorragik sindrom, yukori o'limlilik foizini berishi bilan xarakterlanadi.

Mixail Petrovich Chumakov klassifikatsiyasi buyicha (1977 yil), gemorragik isitmalar guruxiga 14 virusli kasalliklar kiritilgan, ulardan butun dunyo buyicha ularni 12tasi odamga xos va 2ta gemorragik isitma xayvonlarda uchraydi.

Butun dunyo buyicha uchraydigan gemorragik isitmalar JSST taklifiga binoan bo'lingan (Jeneva, 1982 yil). Bular:

A. Buyrak zararlanmasligi bilan kechuvchi gemorragik isitmalar:

1. O'rta osiyo - O'zbekiston gemorragik isitmasi,
2. Qrim gemorragik isitmasi,
3. OMSK gemorragik isitmasi.

B. Buyrak zararlanishi bilan kechuvchi gemorragik isitmalar:

1. Gemorragik nefrozo-nefrit (Tula, Ural, Yaroslavl, Moskva, Leningrad, Uzoq Sharq, Koreya, mongoliya va boshqa turlari).
2. Lassa-gemorragik isitmasi;
3. Marburg- gemorragik isitmasi;
4. Ebola- gemorragik isitmasi;
5. Rift vodiysi- gemorragik isitmasi;
6. Boliviya- gemorragik isitmasi;
7. Janubiy Amerika- gemorragik isitmasi;
8. Sarik isitma- gemorragik isitmasi;
9. Limfotsitar xoriomeningit- gemorragik isitmasi;

O'RTA OSIYO –O'ZBEKISTON GEMORRAGIK ISITMASI.

Bu tabiiy o'chogli kasallik bo'lib, iksodsimon kanalar chaqishi orqali, kasal kishi, bemor qoni yoki qusuq massa orqali beriladi. Klinik o'tkir boshlanishi, og'ir intoksikatsiya, isitma, gemorragik sindrom, asoratlarga moyillik bilan kechadi. O'z vaqtida diagnostika va davo qilinsa sog'ayish bilan tugaydi.

Tarixiy ma'lumotlar. Abu Ali ibn Sino izdoshi 1110 yil Jurjoniy o'zining «Xorazm xazinalari» 6 chi kitobida, «Kichik kasalliklar to'g'risida» bo'limida kasallikka izox berib, milklardan, orqa chiqaruv teshigidan, siydik pufagidan qon ketishi bilan kechib, o'limga olib kelishini aytib o'tgan. Kasallik kelib chikishini olim xasharot chaqishi bilan bog'lagan.

O'rta Osiyoda gemorragik isitmaning azaldan uchrashi, uning xalk tilida: uzbeklarda - qora xalok va tojiklarda - xun rexta deyilishi dalolat beradi.

1944 yilda P. V. Sipovskiy va V. YU. Ioffe Tojikistonda kuzatilgan kasallik klinik belgilari xaqida yozishgan.

Kasallik etiologiyasi, epidimologiyasi, klinikasi va patologik anatomiyasini V. N. Sipovskiy (1944y.), G. I. Mixaylov (1946y.), M. N. CHumakov (1946y.), N. I. Xodukin (1947y.), A. L. Katsinovich (1952y.), G. P. Terexov (1952y.), I. K. Musabaev (1947,1953 yillar) Samarqandda ta'riflashgan. 1952 yil N. I. Xodukin izlanishlarida kasallik chakiruvchisi virus ekanligi aniqlangan.

Etiologiyasi. Virus Arbovirus avlodi, Buyanovirus oilasiga kiradi. Markazida RNK va tashki lipoid saklovchi kobikka ega. Elektron mikroskopda karalganda, sferik va ellipsoid shaklda bulib, diametri 92-96 nm. Virus efir, xloroform, formalin va yuqori xaroratga sezgir. 37 S

xaroratda 20 soatda, 45 S xaroratda 2 soatda, 56 S xaroratda 5-10 minutda, qaynatilganda shu zaxot nobud bo'ladi, lekin muzlatilgan xolda yaxshi saqlanadi.

Epidemologiyasi. Infeksiya manbai: Yirik shoxli mollar, otlar, quyonlar, o'rmon sichqoni, tipratikon, inkubatsion davrining oxiridan rekovallessensiya davrigacha kasal odam.

Yuqish mexanizmi: gemo-kontakt. Healoma anafolicum kanalari chaqishi orqali (52-rasm). Kontakt yuli: bemor odam va xayvonlarning qoni bilan mulokatda bo'lganda.



52-rasm. Kanalar.

Mavsumiylik: gemorragik isitmalar sporadik tarzda uchraydi. Bu kanalar aktivligi bilan bo'liq bo'lib, may oyidan sentyabrgacha, ba'zan ilk kuzdan oktyabrgacha uchraydi. Asosan qishloq axolisi baxor - yoz oylarida kasallanadi. Kasallik ayrim xollarda kuz va qishda uchrashi mumkin. YOshi: xamma yoshdagi odamlarda uchraydi, lekin asosan 20 yoshdagilar va undan katta odamlar zararlanadi. Jins muxim axamiyatga ega emas. Zararlanish va kasallanish indeksi: 100% ga teng. Immunitet: kasallangach turgun tipospetsifik immunitet koladi. O'limlilik: O'zbekistan gemorragik isitmadan ulimlilik yukori, urtacha 31.3% (Musobaev I. K. 1953y.); 35% (Majidov V. M. 1993y).

Patogenez. Virus organizmga kana chaqqanda teri orqali yoki virus saqlovchi material, yoki kon'yuktiva shilliq pardasidan, og'izdan, yoki yuqori nafas yo'llari orqali kiradi. Virusning maxalliy birlamchi joylashish joyi tomirlar endoteliysi va ichki organlar epitelial xujayralari xisoblanadi. Xujayra ichida virus yig'ilgach, virusemiya fazasi boshlanadi, bu esa kasallik boshlanishi va umumtoksik simptomlar namoyon bulishiga to'g'ri keladi. Bunda tomir devori jaroxatlanishi, qon ivuvchanligi buziladi, bu esa xar xil organlar va MASda

trombogemorragik sindrom va tromblar xosil bo'lishiga olib keladi. Gemorragik isitmalar patogenezida autoantigen, autoantitela va aylanuvchi immun komplekslar muxim rol o'ynaydi.

Patologik anatomiyasi

Makroskopik teri ostiga, shilliq qavatga, ichki organlarga qon quyilishi kuzatiladi. Ovqat xazm qilish traktida ular yakkol namoyon bo'lib, yo'g'on ichakka borib kamayadi. Qon quyilish shuningdek xiqqildoq shilliq ostida bo'lib, bo'shligida qon laxtalari topilishi mumkin.

Plevrada yengil to'q rangli nuqtali gemorragiyalar, plevra bo'shlig'ida esa qonli suyuqlik bo'ladi. Kesimda jigar xira tuproq rangli, yirik muskat rasmlil bo'ladi. Taloq to'q olcha rangda. Gistologik - follikullari atrofiyalangan. Yurakda - chap qorincha mushaklari orasida gemorragiyalar.

Buyrakda mikroskopik degenerativ va nekrobiotik o'zgarishlar.

Yumshoq miya pardasi qon tomirlari o'rtacha shishli qon bilan to'lgan, miya moddasida nuqtali gemorragiyalar, nerv xujayralarida degenerativ uzgarishlar kuzatiladi. Qon tomirlari devorlari yumshagan. To'qimalarda yallig'lanish infiltratlari bo'lmaydi.

Klinika.

Kasallik kechishida qo'yidagi davrlar farqlanadi:

1. Inkubatsion davr.
2. Boshlang'ich - umumtoksik davr.
3. Gemorragik belgilar davri.
4. Sog'ayish davri.

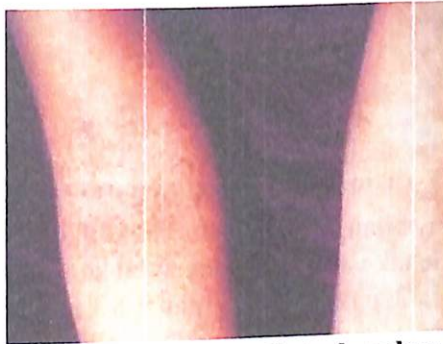
Inkubatsion davr 3-6 kun davom etadi, bu davrda xech qanday kasallik belgilari bo'lmaydi.

Boshlang'ich davri. O'tkir noxosdan boshlanib, kuchli varaja va tana xaroratining 39-40 S gacha ko'tarilishi bilan xarakterlanadi. Bemorlar kuchli bosh og'riq, darmonsizlik, qo'l - oyoqlarda, belda og'riq va keskin umumiy xolsizlik, ba'zan ko'ngil aynish, qusish va ich ketishga shikoyat qiladilar.

Bemorlar yuzi shishli, yonoq qizarishi bo'ladi. Teri qoplamlari oqish, sarg'ish tusda.

Gemorragik belgilar davri. Kasallikning 2-3 kun yoki 4-5 kuniga xarorat pasayadi va gemorragik belgilar davri boshlanadi. Xarorat yana yuqori ko'rsatkichlarga ko'tariladi.

Bemorlarda butun tanasida ilmak igna boshidan 5 tiyinlik tanga kattalikda, teri satxidan ko'tarilmagan gemorragik toshmalar bosadi(53-rasm).



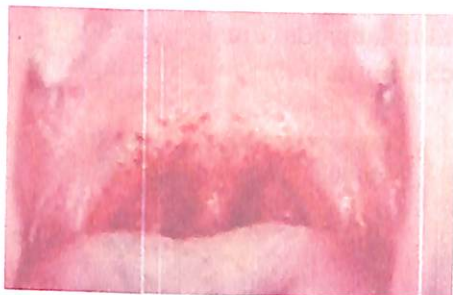
53-rasm. Gemorragik toshmalar.

Toshma shakli noto'g'ri yoki yumaloq. Elementlar miqdori katta emas, bir necha o'ntadan oshmaydi. Toshma 83,3% xollarda uchraydi. In'eksiyalar o'rnida yirik qon quyilishlar xosil bo'ladi. Bemorlar sklerasiga qon quyilishlar kuzatiladi(54-rasm).



54-rasm. Kon'yuktivaga qon quyilishlar.

Toshma kasallikning 9 chi kunidan kamayib, o'zidan keyin pigmentatsiya qoldiradi. Og'iz va tomoq shilliq pardasida ba'zan gemorragik enantema kuzatiladi(55-rasm).



55-rasm. Gemorragik enantema.

Toshma toshishi bilan bir qatorda boshqa gemorragik simptomlar: qonli qusish, burun, ichak va bachadondan qon ketishi, tomoq va milkdan qon ketishi uchraydi. Gemorragik belgilar 2-5 kun davom etib, kasallar uchun eng og'iri va qiynoqli tomoni - qonli qusish, og'ir xollarda to'xtovsiz xiqichoq tutishi kuzatiladi. Gemorragik isitmada ichki organlar tomonidan buzilishlar: o'pkada o'zgarishlar bo'lmaydi, lekin bronxopnevmoniya uchrashi mumkin.

Bemor ko'rigida, tili quruq, oq karash bilan qoplangan. Og'izdan yoqimsiz xid keladi. Qorni damlagan, yumshoq, ko'pincha og'riqli. Jigar 1-3 smga kattalashgan, taloq xam kattalashadi. Sog'aygach jigar va taloq qisqaradi. Yurak qon tomir tizimi tomonidan taxikardiya, puls 1 minutda 120-130 zarba, past to'liqlikda. bo'ladi Yurak chegaralari normada, tonlari bo'g'iq, cho'qqisida sistolik shovkin eshitiladi. Arterial bosim pasaygan. Kasallik og'ir kechganda gemorragik kollaps - shok ko'rinishida bo'ladi. Xamma bemorlarda nerv tizimi zararlanishi kuzatiladi: keskin bosh og'rigi, xolsizlik, uyquchanlik, xushdan ketish va ba'zi bir meningial simptomlar bo'lishi mumkin. Periferik qonda qizil qon tanachalari tomonidan - gipoxrom anemiya: rang ko'rsatkich 0.5-0.8; gemoglobin 45% gacha pasayadi; eritrotsitlar 1 mln. gacha, ular butun kasallik davomida saqlanadi. Qonning oq qismida bemorlarda - leykopeniya. Leykoformula -limfotsitoz, neytropeniya, aneozinofiliya, trombositlar soni pasayishi va oqsil: globulin va fibrinogen soni pasayishi; ECHT 23dan 80mm/soatgacha ko'tarilgan. Qon ivuvchanligi buzilmagan, qon okish tezligi normada.

Sog'ayish davri. Kasallikning 8-9 kundan bemorlarda intoksikatsiya simptomlari susayadi, gemorragik belgilar to'xtaydi, toshmalar oqaradi. Rekonvalessensiya davri 2-3 hafta davom etib bemorning umumiy xolsizligi bilan kechadi.

Asoratlari. Gemorragik shok, o'choqli zotiljam, yiringli parotit, sepsis, o'pka shishi.

Diagnostikasi. Kasallikga tashxis qo'yganda qo'yidagilarni inobatga olish kerak:

- epidemik anamnez, avvalo kasallik o'chog'ida bo'lganlikka e'tibor berish;

- tanada kana chaqish o'rni;

- tipik klinik ko'rinishlari: o'tkir boshlanishi, yuqori tana xarorati, butun tanada og'rik, yuz va ko'zga ko'rinarli shilliq qavatlar giperimiyasi, burun va oshqozon ichakdan qon ketishi, milklardan qon ketish, tanglay shillig'ida gemorragik enanema, mayda nuqtali petixiyali toshma;

- laborator taxlillarda: yaqqol leykopeniya, neytropeniya, aneozinofeliya, trombotsitopeniya, anemiya, lirnfofitsitoz va ECHT oshishi;

- laborator tasdiqlash uchun virusni aniqlash va kasallik dinamikasida spetsifik antitelolar titri miqdorining oshishini aniklash.

Differensial tashxisi.

Gripp, leptospiroz, toshmali tif, kanali virusli ensefalitlar, o'tkir leykoz, maskitli isitma, kapillyaratoksikoz bilan farklanadi.

- Gripp - kasalligi birdaniga boshlanadi. Aniq intoksikatsiya belgilari bilan kataral belgilar aniq ko'rinadi, ko'z soqqasi, peshonada, mushaklarda og'riq bo'ladi. Og'ir kechganda gemorragik sindrom kuzatiladi.

- Leptospiroz - kasalligi birdan boshlanishi bilan, tqtkinsimon isitma mushak og'riqlari, kattalashgan jigar, gemorragik toshmalar, buyrakning zaralanishi bilan xarakterlanadi. Epidimologik ma'lumotlar zararlangan suv omborlarida cho'milishdir, ko'pincha kasallik yilning issiq paytida kuz-yozda uchraydi. Ko'pincha katta yoshli bolalar kasallanadi. To'g'ri mikroskopiyada qon va siydik tomchisida spiroxetalar topiladi. Kasallikning 2 haftasidan boshlab agglyutinatsiya reaksiyasida titr 1:100-1:200 gacha oshadi. RIGA - 1:80 va undan yuqori bo'lib oshadi.

- Toshmali tif - xarorat ko'tariladi, bosh og'rigi, bosh aylanishi, isib ketish xisi, keskin lanjlik, uyqusizlik, aniq intoksikatsiya xarakterli. Kasallikning 4-5 kuniga razeolyoz-petixial toshmalar, yuzning giperimiyasi, kon'yuktiva va skleralar tomirlarining yan'eksiyasi, til tremori, Kiari - Avsın simptomi- kuzning sklerasiga qon quyilishi, jigar o'lchamlarining kattalashishi, taloqning kattalashishi, chimchilash va jgut simptomlari musbat bo'lishi kuzatiladi. Laborator tekshirshnlr

uchun RSK, RIGA, RA, RIF qo'yiladi. Kasallikning 5-7 kundan komplement bog'lovchi antitelolar o'sib boradi. Qoni Provachek rikketsiyalariga tekshiriladi.

Kanali ensefalit - kasallik o'tkir boshlanadi, intoksikatsiya simptomi aniq ko'rinadi. Orqa va bosh miyada diffuz va o'chog'li zararlanish, paralichlar va giperkinezlar kuzatiladi. Laboratoriyada: virusni kasal qoni va likvoridan ajratib olish. Serologik: RN, RSK, RTGA qilinadi.

Davosi

Davolash bemorning individual xususiyatlariga, yoshiga, kasallikning formasi va og'irligigi, yo'ldosh kasalliklari qarab olib boriladi.

Yotoq rejimi tavsiya etilib, to'lik sifatli ovqat berilib, gushtli tao'mlar cheklanadi, lekin osh tuzi kamaytirilmaydi. O'rta og'ir va og'ir xollarda kortikosteroidlar beriladi. Yurak qon tomir tizimi etishmovchiligida kardiamin, mezaton, strafantin yoki korglikon buyuriladi.

Intoksikatsiya bilan kurashish maksadida kasallikning boshi va avj olganida infuzion terapiya utkaziladi: 5-10-20% li albumin eritmasi, kon guruxi va rezusini aniklagach, nativ yoki kuruk plazma. Dezintaksikatsion xususiyatga ega eritmalar kuyish: bular, poliglyukin, reopoliglyukin, neokompensan va bk. vena ichiga tomchilab 5-10% li askorbin kislota va 0.5% li vitamin V1 eritmaları yoshga va sutkalik dozada ulchanib kilinadi,

Miya to'qimasi gidrofilligini kamaytirish uchun vena ichiga mannit 1gr kuruk moda 1kg bemor tana massasiga o'lchanib yuboriladi yoki boshqa siydik xaydovchilar -laziks yoshiga mos yuboriladi.

Intoksikatsiyani kamaytirish uchun xamma bemorlarga oksigenoterapiya -namlangan kislorod 10-20 minut davomida, kuniga 3-5 marta beriladi.

Gemorragik sindrom bilan kurashish bemorlarni davolashda ikkinchi muxim etapdir. Kon ketishini tuxtatuvchi eng yaxshi moda bu kon va uning komponentlari va urnini bosuvchilar urinbosar dozalarda kon yukotishga moe xajmda yuboriladi. Gemostaz maksadida trombatsitar massa, plazma, eritrotsitar massa bemor axvoli, yoshiga va 1 kg tana vazniga xar 3-5 kun (3-5 marta) yuboriladi.

Qon ivuvchanligini oshiruvchi preparatlardan - tomchilab vena ichiga 6% li aminokapron kislota eritmasi va antiprotez aktivlikka ega preparatlar - gordoks, trasilol, kontrikal yoshiga mos xolda xaftasiga 1-2 marta yuboriladi.

Qon to'xtatishning mexanik usullar xam qllaniladi - burun oldigi va orqa tamponadasi.

Profilaktikasi.

Bemor albatga boks yoki aloxidalangan palatalarga yotqizilishi kerak kilinishi kerak. Tibbiy xodimlar manipulyasnyalarda va kasallargni parvarish qilganda rezinali qo'lqop va ikki qavat xalat va maska kiyib ishlashi lozim. Bemorlardan chiqqan barcha ajralmalar, ayniksa qon aralashi - qonli qusuq, axlat 3% li xloramin eritmasi yoki 5% li karbol kislotasi eritmasi, yoki 5% li lizol eritmasi 2 soatli ekspozitsiyada qoldiriladi. Bemor tushagi yuvilishidan oldin 3% li xloramin eritmasida dezinfeksiya qilish lozim.

GI o'choqlarida avvalo kanalariga qarshi chora-tadbirlar o'tqaziladi. Barcha uchoqda ishlovchi kiishlar kambinizon, maskalar, rezinali qo'lqoplar, rezinali etiklar va ximoya kuzoynaklarini taqishi lozim.

Xamma yashash inshootlari, xonalar, saroylar, xovli xizmatchilari, xayvonlar va qushlar yashaydigan joylar dust geksoxloran yoki DDT preparati bilan ishlov beriladi. Qora mollardan kanalar terilib kerosinli bankaga yig'ilib yoqiladi. Qora mollarni tozalashga veterinar ishchilar jalb qilinadi. Kanalarni qora mollardan pinset bilan oladilar.

MAVZU BO'YICHA AMALIY KO'NIKMALAR.

1.Orqa miya suyuqligini olish qoidasi.

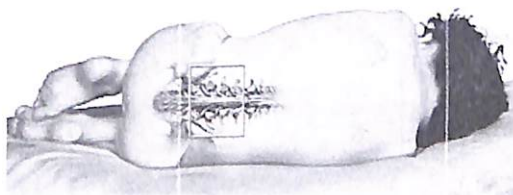
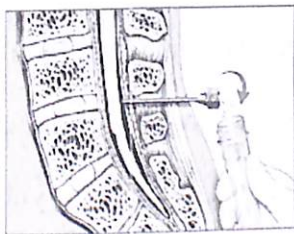
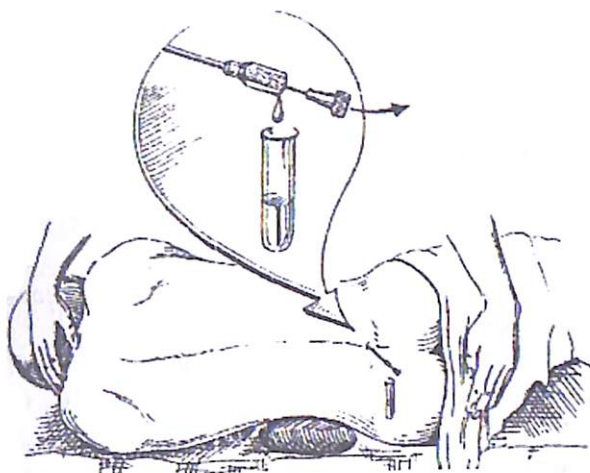
Maqsad: Tashxis qo'yish uchun orqa miya suyuqligini olish.

Ko'rsatma: Meningit, meningoensefalit, meningizm.

Kerakli anjomlar: Maxsus operatsion blokda sterillangan stol, sterillangan rezina qo'lqop, niqob, 5% yod eritmasi, spirt (70°), sterillangan bir marta ishlatiladigan shprits, 0,5% novokain eritmasi, sterillangan doka tamponlar, mandrenli igna, steril probirka, leykoplastyr, biks, grelka yoki termos, laboratoriyaga yo'llanma varaqasi.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar)(56-rasm):

№	Tadbirlar
1.	Shifokor niqob taqqan bo'ladi. Qo'llarni sovun bilan tozalab yuviladi va spirt bilan artiladi
2.	Sterillangan rezina qo'lqop kiyiladi
3.	Bemor sterillangan stolga yonboshlab yotqiziladi, oyoqlari qoringa yig'iladi, boshi ko'krakka yaqinlashtiriladi
4.	Punksiya joyi aniqlanadi: yod bilan 2 ta mo'ljalli chiziq o'tkaziladi -birinchisi umurtqa pog'onasining orqa o'simtasi bo'ylab, ikkinchisi -birinchisiga nisbatan perpendikulyar holda tos suyaklari yoyi bo'ylab
5.	Punksiya joyi 5% yod eritmasi bilan, so'ngra spirt (70-96°) bilan tozalanadi
6.	Steril bir marta ishlatiladigan shprits bilan 0,5% novokain eritmasi yordamida mahalliy og'riqsizlantirish o'tkaziladi
7.	CHap qo'l ko'rsatkich barmog'i bilan teri bosib turiladi, o'ng qo'l bilan mandrenli igna sanchiladi
8.	Mandren olib tashlanadi va sterillangan probirkaga 3-5 ml orqa miya suyuqligi olinadi
9.	Iгна olib tashlanadi, o'rni spirt bilan artiladi va steril paxta qo'yib leykoplastyr bilan yopishtiriladi, bemorni orqasi bilan yostiqsiz 2-3 soat davomida yotqizib qo'yiladi
10.	Laboratoriyaga yo'llanma varaqasiga bemorning ma'lumotlari va taxminiy tashxisi yozilib, grelka yoki termosda laboratoriyaga yuboriladi



56-rasm. Lyumbal punksiya o'tqazish qoidasi.

2. Bemorning burun shilliq pardalaridan surtma olish qoidasi.

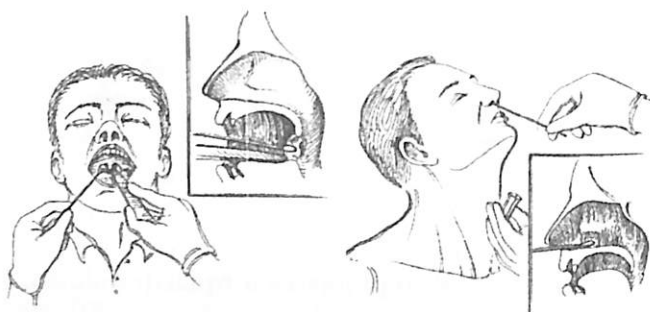
Maqsad: Kasallik qo'zg'atuvchisini aniqlash.

Ko'rsatma: Yuqori nafas yo'llari kasalliklari va bakteriya tashuvchilikka tekshirish.

Kerakli anjomlar: Sterillangan rezina qo'lqop, niqob, zanglamaydigan temir yoki yog'och tayoqchaga paxta yoki marli o'ralgan tampon, oziq muhiti solingan sterillangan probirka, laboratoriyaga yo'llanma varaqasi.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar)(57-rasm):

№	Tadbirlar
1.	Bemor qulay o'tqiziladi
2.	Sterillangan rezina qo'lqop kiyiladi, niqob taqiladi
3.	Burun shilliq qavatidan surtma olish uchun tampondan foydalaniladi
4.	Zanglamaydigan temir yoki yog'och tayoqchaga paxta yoki marli o'rab asta probirkaga solib qo'yiladi
5.	SHilliq olish uchun tayyorlangan tampon oldindan sterilizatsiya qilinadi
6.	Burundan surtma olishdan oldin bemordan burunni yaxshilab qoqish so'raladi yoki quruq tampon yordamida ichidagi ajralmalar tozalanadi
7.	Tampon burunning har ikki bo'shlig'i devorlariga botirib surtib olinadi
8.	Olingan modda zudlik bilan oldindan tayyorlangan ozuqa muhitga ekiladi
9.	Laboratoriyaga yo'llanma varaqasiga bemorning ma'lumotlari va taxminiy tashxisi yoziladi
10.	Olingan surtma (namuna) laboratoriyaga yuboriladi



57-rasm. Bemorning tomoq va burun shilliq pardalaridan surtma olishni qoidasi.

3. Bemorning tomoq shilliq pardalaridan surtma olishni qoidasi.

Maqsad: Kasallik qo'zg'atuvchisini aniqlash.

Ko'rsatma: Tomoq shilliq pardasida kataral o'zgarish va plenkali yallig'lanish bo'lgan barcha kasallar.

Kerakli anjomlar: Sterillangan rezina qo‘lqop, niqob, xalqaga o‘ralgan sterillangan paxtali tampon, Leffler-Klauberg muhiti solingan sterillangan probirka, shpatel, laboratoriyaga yo‘llanma varaqasi.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar
1.	Bemor qulay o‘tqiziladi. Sterillangan rezina qo‘lqop kiyiladi, niqob taqiladi. Tomoqdan surtma olish uchun tampondan foydalaniladi
2.	Zanglamaydigan temir yoki yog‘och tayoqchaga paxta yoki marli o‘rab asta probirkaga solib qo‘yiladi
3.	Shilliq olish uchun tayyorlangan tampon oldindan sterilizatsiya qilinadi
4.	Tomoqdan surtma och qoringa yoki ovqatlangach 2 soat o‘tkazib og‘iz chayiladi va olinadi
5.	Shpatel yordamida chap qo‘l bilan til pastga va oldinga bosiladi, o‘ng qo‘lda tampon yordamida og‘iz bo‘shlig‘i ichiga kirib surtma olinadi
6.	Surtma sog‘lom va zararlangan soha chegarasidan olinadi, chunki u erda mikroblar ko‘p bo‘ladi
7.	Surtma olayotgan vaqtda tampon til yoki tanglayga tegib ketishi mumkin emas
8.	Olingan surtma zudlik bilan oldindan tayyorlangan ozuqa muhitga ekiladi
9.	Laboratoriyaga yo‘llanma varaqasiga bemorning ma‘lumotlari va taxminiy tashxisi yoziladi
10.	Olingan surtma (namuna) laboratoriyaga yuboriladi

4. Gemorragik isitmalarida kostyumni kiyish tartibi.

Maqsad: Meditsina xodimlarining o‘ta xavfli yuqumli kasallar bilan laboratoriya, gospital, izolyator va dala sharoitida ishlaganda xavfsizligini taminlash.

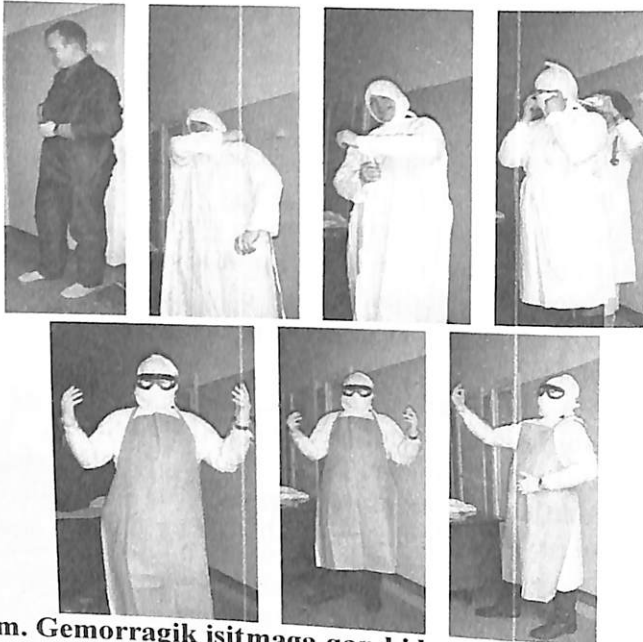
Ko‘rsatma: gemorragik isitmalar.

Kerakli anjomlar: Kombinezon yoki poyjoma, kapyushon (qaytarma qalpoq) yoki qiyiq-ro‘mol, o‘latga qarshi xalat, himoya ko‘zoynagi, paxtali-dokali niqob, anatomik yoki jarrohlik qo‘lqopi, paypoq yoki uzun paypoq (chulki), rezinali yoki terilik etik, sochiq

O'quv qo'llanma

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar)(58-rasm):

№	Tadbirlar
1.	Kombinezon
2.	Paypoq
3.	Rezina etik
4.	Kopyushon yoki qiyiq-ro'mol
5.	Gemorragik isitmaga qarshi xalat. Xalatning yoqasidagi va belidagi bog'ichlarni oldingi tomonda biroz chaproqda albatta tugun qilib bog'lanadi. SHundan so'ng engllarning bog'ichlari bog'lanishi kerak.
6.	Niqob yuzga shunday taqilishi kerakki, u og'iz va burunni berkitib turishi lozim. Buning uchun niqobning ustni cheti ko'z orbitasining pastki sathida, niqobning pastki cheti bo'lsa engak tagiga biroz o'tkazilgan bo'lishi lozim. Niqobning yuqorigi bog'ichlarini ensaga, pastki bog'ichlarini esa boshning tepa qismiga tugun qilib bog'lash zarur. Niqob tutilgan burunning qanotlari yoniga paxta tomponi joylashtirish tavsiya etiladi.
7.	Kuzoynak metall gardish bilan teri qismi yaxshi jipislashtirilgan bo'lishi, oynasi terlab ketmasligi uchun mahsus qalin yoki quruq sovuni bo'lakchasi bilan ishlov berilgan bo'lmog'i lozim. Kuzoynak taqilgach, burunning qanshar qismiga paxtadan tiqin qo'yiladi.
8.	Butunligi tekshirilib qo'lqop kiyiladi.
9.	Xalatning bel bog'ichiga o'ng tomondan sochiq o'tkazilib qo'yiladi.



58-rasm. Gemorragik isitmaga qarshi kostyumni kiyish tartibi.

5. O‘latga qarshi kostyumni yechish tartibi.

Maqsad : Meditsina xodimlarining o‘ta xavfli yuqumli kasallar bilan laboratoriya, gospital, izolyator va dala sharoitida ishlaganda xavfsizligini taminlash.

Ko‘rsatma: gemorragik isitmalar.

Kerakli anjomlar: Kombinezon yoki poyjoma, kapyushon (qaytarma qalpoq) yoki qiyiq-ro‘mol, o‘latga qarshi xalat, himoya ko‘zoynagi, paxtali-dokali niqob, anatomik yoki jarrohlik qo‘lqopi, paypoq yoki uzun paypoq (chulki), rezinali yoki terilik etik, sochiq

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar
1.	Kombinezon
2.	Paypoq
3.	Rezina etik
4.	Kopyushon yoki qiyiq-ro‘mol
5.	Gemorragik isitmaga qarshi xalat. Xalatning yoqasidagi va belidagi bog‘ichlarni oldingi tomonda biroz chaproqda albatta tugun qilib bog‘lanadi. SHundan so‘ng englarning bog‘ichlari bog‘lanishi kerak.
6.	Niqob yuzga shunday taqilishi kerakki, u og‘iz va burunni berkitib turishi lozim. Buning uchun niqobning ustni cheti ko‘z orbitasining pastki sathida, niqobning pastki cheti bo‘lsa engak tagiga biroz o‘tkazilgan bo‘lishi lozim. Niqobning yuqorigi bog‘ichlarini ensaga, pastki bog‘ichlarini esa boshning tepa qismiga tugun qilib bog‘lash zarur. Niqob tutilgan burunning qanotlari yoniga paxta tomoni joylashtirish tavsiya etiladi.
7.	Kuzoynak metall gardish bilan teri qismi yaxshi jipislashtirilgan bo‘lishi, oynasi terlab ketmasligi uchun mahsus qalin yoki quruq sovuni bo‘lakchasi bilan ishlov berilgan bo‘lmog‘i lozim. Kuzoynak taqilgach, burunning qanshar qismiga paxtadan tiqin qo‘yiladi.
8.	Butunligi tekshirilib qo‘lqop kiyiladi.
9.	Xalatning bel bog‘ichiga o‘ng tomondan sochiq o‘tkazilib qo‘yiladi.

Qizilko'ylak mavzusi bo'yicha vaziyatli masalalar.

Masala № 1

Bemor 12 yoshda. Tana haroratining ko'tarilishi, toshma toshishi shikoyatlari bilan murojaat qildi. Ko'rik vaqtida ahvoli o'rta og'ir, kamquvvat, tana harorati 39,4°S. Qizargan teri fonida mayda nuqtali milliar toshmalar bor. Tamog'i yaqqol qizargan, bodomcha bezlari shishgan.

1. Klinik tashxis qo'ying
2. Davosi, tekshirish rejangiz

Masala № 2

Bemor 4 yoshda. Kasalligi tana haroratining ko'tarilishi, tomoqda og'riq, toshma toshishi bilan boshlangan. Ko'rik vaqtida ahvoli o'rta og'ir, kamquvvat, tana harorati 38,9°S. Terisida qizargan teri fonida mayda nuqtali milliar toshmalar bor. Tamog'i yaqqol qizargan, bodomcha bezlari shishgan. Ishahasi yo'q. 2marta qayd qilgan.

1. Tashxis qo'ying.
2. Kasallik chaqiruvchisi to'g'risida ma'lumot bering

Masala № 3

Vrach qabuliga 3 yoshlik qizchani onasi kasalligining 6 kuni olib keldi. Onasining aytishicha kasallik haroratning ko'tarilishi, tomoqda og'riq va mayda toshmalar toshish bilan boshlangan. 4- kuni tillari qizargan. Bugun qo'l oyoqlarida qipiqilanishlar xosil bo'lgan.

1. Bu qanday kasallik.
2. Kasallik laborator diagnostikasi

Masala № 4

Qabulda 3 yoshlik bola pediater tamonidan ko'rilganda harorati yuqoriligi va butun tanasida mayda milliar toshmalar borligi aniqlandi. Terisi qizargan. Burun lab burchagi oqargan.

1. Bu qanday simptom deyiladi.
2. Tashxis qo'ying va davolang

Masala № 5

Qabulda 7 yoshlik bola pediater tamonidan ko'rilganda harorati yuqoriligi, qayd qilganligi va butun tanasida mayda nuqtali toshmalar

borligi aniqlandi. Terisi qizargan. Burun lab burchagi oqargan. Bolaga qizil ko'ylak tashxisi qo'yildi.

1. Qizil ko'ylakda tomoqdagi qanday o'zgarishlar bo'ladi.
2. Tekshirish rejangiz

Masala № 6

Bemor 4 yoshda. Kasalligi tana haroratining ko'tarilishi, tomoqda og'riq, toshma toshishi bilan boshlangan. Ko'rik vaqtida ahvoli o'rta og'ir, kamquvvat, tana harorati 39,2°S. Terisida qizargan teri fonida mayda nuqtali milliar toshmalar bor. Tamog'i yaqqol qizargan, bodomcha bezlari shishgan. Ishahasi yo'q. 2marta qayd qilgan. Bolaga qizil ko'ylak tashxisi qo'yildi.

1. Kasallik qo'zg'atuvchi to'g'risida ma'lumot bering
2. Davolang

Masala № 7

Bemor 15 yoshli. Kasallik o'tkir boshlangan, tana harorati 39,8°S ga ko'tarilgan, tomoqda og'riq kuzatilgan. Terisida mayda toshmalar paydo bo'lgan. O'RVI tashxisi bilan uyida 5 kun davolangan. 8 kun davomida harorati 38,5°S da saqlanib kelgan. Bemor behol, lanj bo'lgan, belida og'riq paydo bo'lgan, siydigi to'qlashgan va kamaygan.

1. Bemorga tashxis qo'ying
2. Kasallik asoratini ayting.

Masala № 8

T. ismli bola bog'cha tarbiyalanuvchisi shifoxonaga kasalligining 3-kuni keldi. Kasallik tana haroratining 38°Sgacha ko'tarilishi bosh og'rishi, tomoqda og'riq, qusish bilan boshlangan. Bola holsiz, yonoqlari qizargan, burun lab uchburchagi oqargan. Terisi quriq. Tana va qo'l oyoq terisida mayda nuqtali qizil toshmalar bor.

1. Bemorga tashxis qo'ying
2. Davolang

Masala № 9

Bemor 10 yoshda. Kasalligi tana haroratining ko'tarilishi, tomoqda og'riq, toshma toshishi bilan boshlangan. Ko'rik vaqtida ahvoli o'rta og'ir, kamquvvat, tana harorati 39°S. Terisida qizargan teri fonida mayda

nuqtali milliar toshmalar bor. Burun lab burchagi oqargan. Tamog'i yaqqol qizargan, bodomcha bezlari shishgan. Ishahasi yo'q. 2marta qayd qilgan.

1. Bu kasallikda toshmalar qaerda ko'proq joylashadi.
2. Kasallikning labarotor diagnostikasi

Masala № 10

Bolalar bog'chasida 4ta bola qizil ko'ylak bilan kasallandi.

1. Kasallik manbai kim bo'lishi mumkin
2. Kasallik klinikasi

Qizilko'ylak mavzusi bo'yicha testlar.

1. Qizil ko'ylakda tildagi o'zgarishlar

- A) malinali til*
- B) kulrang karash bilan qoplangan til
- V) quruq ohaksimon til
- G) shishgan til

2. Qizil ko'ylakda toshmalar qanday toshadi

- A) terining xamma joyiga toshadi*
- B) yuzdan boshlab pastga qarab etapli
- V) avval shilliqqavatlarda, keyin terida toshadi
- G) kaft terilaridan boshlab toshadi

3. Qizil ko'ylakda toshmalar qaysi sohada toshmaydi

- A) burun-lab uchburchagida*
- B) badanlarda, oyoq kaftida
- V) boshining sochli sohasida
- G) oyoqlarda, bo'yinda

4. Qizil ko'ylak asoratlari

- A) miokardit, glomerulonefrit*
- B) pnevmoniya, otit, kolit
- V) pnevmoniya, nefrit
- G) miya shishi, ensefalit

5. Qizil ko'ylakda kasallik manbaini aniqlang

- A) kasal odam*

- B) bitlar
- V) uy hayvonlari
- G) bakteriya tashuvchilar

6. Qizil ko'ylakning asosiy yuqish mexanizmi

- A) havo-tomchi*
- B) kontakt yo'l bilan
- V) fekal -orol
- G) parenteral

7. Qizil ko'ylakuchun xarakterli immunitet

- A) turg'un *
- B) turg'un emas
- V) passiv immunitet
- G) tug'ma immunitet

8. Qizil ko'ylak atipik formasi

- A) gemorragik*
- B) engil
- V) o'rta-og'ir
- G) og'ir

9. Qizil ko'ylakda toshma xarakteri

- A) milliar
- B) papula
- V) rozeola
- G) gemorragik

10. Qizil ko'ylak spetsifik profilaktika

- A) spetsifik profilaktika ishlab chiqilmagan*
- B) zardob
- V) immunoglobulin
- G) bakteriofag

11. Qizil ko'ylakga xos simptom

- A) Filatov simptomi*
- B) Padalka simptomi
- V) Murson simptomi

G) Filippovich simptomi

12. Qizil ko'ylak davosida ishlatiladi

- A) antibiotiklar*
- B) virusga qarshi preparatlar
- V) simptomatik dori vositalari
- G) gormonlar

13. Qizil ko'ylakda tomoqdagi o'zgarishlar

- A) chegarali qizargan, nekrotik angina*
- B) qizarmagan, nuqtali karash
- V) bezlar kattalashmagan, tomoq qizarmagan
- G) tomoq qizargan, oqish karash

14. Qizil ko'ylak qo'zg'atuvchi

- A) beta gemolitik streptokokk*
- B) stafilokokk
- V) meningokokk
- G) gonokokk

15. Qizil ko'ylakda infeksiya manbai

- A) streptokokkli infeksiya bilan kasalangan bemor*
- B) stafilokokkli infeksiya bilan kasalangan bemor
- V) meningokokkli infeksiya bilan kasalangan bemor
- G) gonokokkli infeksiya bilan kasalangan bemor

16. Qizil ko'ylak inkubatsion davri

- A) 2-7 kun*
- B) 5-15 kun
- V) 7-17 kun
- G) 10-21 kun

17. Qizil ko'ylakda Filatov simptomi

- A) og'iz burun uch burchagining toshma yo'q joyi*
- B) og'iz burun uch burchagining qizarib turishi
- V) tomoqda qizil toshmalar
- G) milk, og'iz shilliq qavatida toshmalar

18. Qizil ko'ylakning atipik formalarni ko'rsating

- A) ekstrabukal, engil-elpi, gipertoksik, gemorragik*
- B) rudimentar, gemorragik, gangrenoz, septik
- V) ekstrabukal, visseral, gemorragik, pustulyoz
- G) rudimentar, visseral, gangrenoz, toksik

19. Qizil ko'ylakda toshma qachon yo'qoladi

- A) 3-5 kun*
- B) 2-3 kun
- V) 6-7 kun
- G) 10- kun

20 Qizil ko'ylakda toshmadan keyin nima kuzatiladi

- A) qipiqlanish
- B) dog'
- V) qizarish
- G) depigmentatsiya

21. Qizil ko'ylakda kasallik qanday boshlanadi

- A) Kasallik o'tkir yuqori harorat, qayd qilish, tomoqda og'riq bilan boshlanadi*
- B) Kasallik o'tkir yuqori harorat, bosh og'rig'i, qayd qilish bilan boshlanadi.
- V) Kasallik o'tkir qayd qilish, ich ketish, tomoqda og'riq bilan boshlanadi.
- G) Kasallik asta-sekinlik bilan qayd qilish, tomoqda og'riq bilan boshlanadi.

22. Qizil ko'ylakda yurakda o'zgarishlar qancha vaqt saqlanadi

- A) Yurak –tomir tizimida o'zgarishlar 2-4 xaftagacha saqlanadi*
- B) Yurak –tomir tizimida o'zgarishlar 1 xaftagacha saqlanadi.
- V) Yurak –tomir tizimida o'zgarishlar 4-5 xaftagacha saqlanadi.
- G) Yurak –tomir tizimida o'zgarishlar 6 xaftagacha saqlanadi.

Meningokokkli infeksiya mavzusi bo'yicha testlar.

1. Meningokokkli infeksiya qo'zg'atuvchisining o'ziga xos xususiyatlari

- *A.) Gramm manfiy diplokokk

- V) Odam organizmidan tashqarida o'lmaydi
- S) Endotoksin ajratadi
- D) Allergiya chaqiruvchi
- E) Sporasi bor

2. Meningokokkli infeksiyaning lokal formasini ko'rsating

- A. O'tkir nazofaringit*
- V. Meningokokkli pnevmoniya
- S. Meningokokksemiya
- D. Meningokokkli meningit
- E. Meningokokkli endokardit

3. Meningokokkli infeksiyaga mavsumiyligi

- A. Qish-bahor*
- V. YOz
- S. Qish
- D. Bahor
- E. Kuz

4. Meningokokk uchun kirish darvozasi

- A. yuqori nafas yullarining shilliq pardalari*
- V. me'da-ichak trakti
- S. teri qoplamalari
- D. yuqori nafas yo'llarining shilliq pardalari, teri qoplamalari
- E. me'da-ichak trakti, teri qoplamalari

5. Qaysi meningokokkli infeksiya turi infeksiyon toksik shok bilan og'ir o'tadi

- A. Meningokokksemiya*
- V. Meningokokkli nazofaringit
- S. Meningokokkli meningit
- D. Meningokokkli irridotsiklit
- E. Bakteriya tashuvchilik

6. Quyidagilarning qaysi biri meningokokkli nazofaringitga

- A. Burun bitishi, tomoq qichishi*
- V. Ensa mushaklarining regidligi

- S. Talvasalar
- D. Gemorragik toshma
- E. Teri nekrozlari

7. Yuqori (ensa) Brudzinskiy simptomi qanday aniqlanadi.

A. Bir oyoq tizza va son bo'g'imlaridan qoringa qarab bukilsa ikkinchisi reflektor ravishda bukiladi

V. Bemor boshini ensa sohasidan ushlab ko'ksiga qarab bukilsa, oyoqlari chanoq-son va tizza bo'g'imida bukiladi*

S. Siydik pufagi sohasiga bosilganda oyoqlar qoringa bukiladi

D. Axil payining bosilganda bosh barmoq yoziladi

E. Bemor boshini ensa sohasidan ushlab ko'ksiga qarab bukilsa, bukilmaydi

8. Meningokokkli meningitga xos bo'lmagan belgi

A. haroratning keskin ko'tarilishi *

V. qorinda og'riq

S. qayt qilish

D. bosh og'rigi

E. giperesteziya

9. Meningokokkli meningitda uchraydigan meningial simptomlarni ko'rsating.

A. Ensa mushaklarining regidligi

V. Kernig simptomi

S. Brudzinskiy simptomakompleksi

D. Liqildoq tarangligi

E. Xamma belgilar uchraydi*

10. Meningokokkli meningitda uchramaydigan belgilari.

A. qayt qilish

V. bosh og'rig'i

S. varraja

D. Kernig simptomi va ensa mushaklari regidligi

E. Gemorragik toshmalar*

11. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda meningitda qaysi meningial simptom xos.

- A. Lessaj simptomi *
- V. Rossolimo sipmtomi
- S. Babinskiy simptomi
- D. Kerning simptomi
- E. Brudzinskiy simptomi.

12. Meningokokkli infeksiyaning kam uchraydigan formalari

- A. O'tkir nazofaringit, meningit, meningokokkli endokardit
- V. Meningokokksemiya, meningokokkli pnevmoniya, meningit
- S. O'tkir nazofaringit, meningit, meningokokkli iridotsiklit
- D. Meningokokkli endokardit, pnevmoniya, iridotsiklit*
- E. Meningit, meningokokksemiya, o'tkir nazofaringit

13. Yiringli meningit klinikasiga xos

- A. O'tkir boshlanishi, haroratning ko'tarilishi, qayt qilish, bosh og'rig'i*
- V. yuqori harorat, talvasalar, xushning yo'qolishi
- S. ko'p qayt qilish, ich ketishi, talvasalar
- D. bosh og'rig'i, burundan qon ketishi
- E. meningial simptomlar, o'choqli simptomlar

14. Qaysi kasallikda oyoq qo'l barmoqlar nekrozi kuzatiladi

- A. parotitli infeksiya
- V. meningokokksemiya*
- S. kandidoz infeksiya
- D. Qizilko'ylak
- E. enterovirusli infeksiya

15. Meningokokkli infeksiyaning asosiy klinik formalarini ayting

- A. nazofaringit, enterit, gastritV. meningit, nazofaringit, meningokokksemiya*
- S. meningokokksemiya, gemokolit
- D. meningit, meningokokksemiya, peritonit
- E. meningokokkli iridotsiklit, otit, gaymorit

16. Meningokokksemyaga xarakterli toshma

- A. papulyoz
- V. maydanuktali
- S. urtikar
- D. gemorragik, yulduzchasimon*
- E. makulo –papulyoz.

17. Meningokokksemyada toshmalar toshishga sabab

- A. tomirlarning bakterial tromblanishi*
- V. ekzotoksin ta'siri
- S. lokal gipoksiya
- D. meningokokk antigen antitela munosabati
- E. DVS sindrom

18. Meningokokkli meningitda likvordagi xarakterli o'zgarishlar

- A. yuqori bosim, oksil miqdorining oshishi, neytrofilli sitoz*
- V. limfotsitoz, oqsil miqdorining kamayishi
- S. oqsil miqdorining kamayishi, neytrofil sitoz
- D. oqsil miqdorining kamayishi
- E. shakar va xloridlar miqdorining oshishi

19. Meningokokkli meningitda likvor xakteri

- A. xira, sitoz 1000 xujayradan ko'p neytrofillar hisobiga, yuqori bosim ostida chiqadi, Pandi reaksiyasi +++*
- V. tiniq, sitoz 100 xujayradan ko'p limfotsitlar hisobiga, yuqori bosim ostida chiqadi
- S. tinik, sitoz 8-10 xujayradan ko'p limfotsitlar hisobiga, tomchilab chiqadi
- D. ksantaxrom suyuqlik
- E. xira yashilsimon rangda

20. Meningokokkli meningitda qo'yidagilarning qaysi biri tayinlanadi.

- A. sulfanilamid preparatlari
- V. levomitsetin
- S. gentamitsin
- D. penitsillin*
- E. furazolidone

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

1. Abdullaev Sh.X., Xaydarov R.SH. Infektsion kasalliklar. -T.: Tibbiyot nashriyoti, 2018. -456 b.
2. Matnazarova G.S., Tirkashev O.S. Qizamiq va uning asoratlari. - Samarqand: SamDTU nashriyoti, 2023. -120 b.
3. Mirzaev M.A. Bolalarda virusli infeksiyalar klinikasi va diagnostikasi. -T.: Ilm Ziyosi, 2020. -312 b.
4. Гурвич Э.Б., Нечаева Н.М. Инфекционные болезни с экзантемой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 464 с.
5. Таточенко В.К., Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни у детей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 640 с.
6. Сидорова Н.К. Дифференциальная диагностика инфекционных экзантем. // Педиатрия, 2020. – №5. – С. 45–51.
7. Черкасова Е.А., Захарова И.Н. Клинические особенности кори и краснухи у детей. // Инфекционные болезни, 2021. – Т.19, №2. – С. 23–29.
8. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Кору: руководство по надзору и борьбе с заболеванием. – Женева, 2022. – 78 с.
9. Минздрав Республики Узбекистан. Национальные клинические протоколы по инфекционным болезням. – Ташкент, 2023. – 150 с.
10. Juraev A.X. Terida toshma bilan kechuvchi virusli kasalliklar. - T.: Tibbiyot olami, 2017. -210 b.
11. WHO. Measles surveillance manual. -Geneva: World Health Organization, 2022. -92 p.
12. CDC. Guidelines for evaluation of febrile rash illness. -Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2021. -55 p.
13. Nussinovitch M. Viral Exanthems. -Cham: Springer, 2020. -232 p.
14. Habif T. Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy. -7th ed. -Elsevier, 2021. -1040 p.
15. James W.D., Elston D.M. Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. -14th ed. -Elsevier, 2022. -984 p.
16. Cherry J.D., Harrison G.J. Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases. -9th ed. -Philadelphia: Elsevier, 2023. - 2280 p.

17. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Guidelines for measles and rubella surveillance in the EU. -Stockholm, 2020. -64 p.

18. Миронов А.Н. Современные подходы к лечению инфекционных экзантем. // Вестник клинической медицины, 2021. – №3. – С. 12–18.

19. Saidova D.SH. Qizamiq va qizamiqsimon infeksiyalar klinik-epidemiologik xususiyatlari. // Tibbiyotda yangi kun, 2023. -№2. -B. 45–49.

20. Xudayberdieva M.N. Qizamiq va qizilcha kasalliklarining profilaktikasida emlashning ahamiyati. // Infeksiyon kasalliklar ilmiy jurnali, 2022. -№1. -B. 31–36.

21. Нечаев А.В. Розеола и энтеровирусные экзантемы у детей. // Педиатрическая практика, 2020. – №4. – С. 55–59.

22. ВОЗ. Иммунопрофилактика кори, краснухи и паротита. – Женева, 2021. – 48 с.

23. Кузнецова И.А., Румянцева Н.А. Инфекционные болезни с кожными проявлениями. – М.: Медицина, 2018. – 352 с.

24. UNICEF. Progress toward measles and rubella elimination, global update 2023. -New York, 2024. -37 p.

25. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi. Qizamiqning immunoprofilaktikasi bo‘yicha milliy dastur (2024–2027). -Toshkent, 2024. -40 b.

Tirkashev Otabek Saidovich., Mustaeva Guliston Buriboevna

EKZANTEMA SINDROMI BILAN KECHUVCHI YUQUMLI KASALLIKLAR

O'quv qo'llanma

Guvohnoma raqami: G/000517-2025

Nashriyot litsenziya raqami: 143413

“SAMARQAND” nashriyoti

Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA

Musahhih — Anvar UMRZOQOV

Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV

Sahifalovchi — Dilshoda ABDIAXATOVA

Dizayner — Davron NURULLAYEV

“SARVAR MEXROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.

Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.

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

Bosishga 5.11.2025 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 3

Bichimi 60x84^{1/16}. “Times New Roman” garniturası. 6.74 bosma taboq.

Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 339/2025

Tel/faks: +998 94 822-22-87, e-mail: sarvarmexrojbaraka@gmail.com



9 789910 566769